239

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ÉPIDERMOPHYTIE INGUINALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert SCHOUX

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 1er mars 1888 au Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ÉPIDERMOPHYTIE INGUINALE

Président :

M. le Professeur JEANSELME

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

NOGENT-LE-ROTROU

IMPRIMERIE DAUPELEY-GOUVERNEUR

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

LE DOYEN : **M. ROGER.**

ASSESSEUR : **G. POUCHET.**

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	N...
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

MM. *AGRÉGÉS EN EXERCICE :*

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Tombé au champ d'honneur

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage filial de respect et d'affection

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. le docteur MILIAN
(Charité, 1908).

M. le Professeur agrégé THIERRY
(Tenon, 1908).

M. le docteur BRAULT
(Lariboisière, 1909).

M. le docteur DANLOS (*in memoriam*)
(Saint-Louis, 1909).

M. le docteur RICARD
(Saint-Antoine, 1910).

M. le docteur ROUTIER
(Necker, 1911-12).

M. le docteur LE NOIR
(Saint-Antoine, 1912-13).

M. le docteur JACQUET (*in memoriam*)
(Saint-Antoine, 1913-14).

M. le Professeur GOUGET (*in memoriam*)
(Tenon, 1914).

M. le docteur THIBIERGE
(Saint-Louis, 1919).

A M. le Professeur JEANSELME,

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,

Memrre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Respectueux hommage.

A NOTRE MAITRE

M. le docteur THIBIERGE,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Qui nous inspira le sujet de cette thèse. Hommage de respect et de reconnaissance.

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1919, que nous avons passée dans son service, notre maître M. Thibierge, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a souvent attiré notre attention sur la fréquence de l'épidermophytie inguinale, ainsi que sur les variétés de type éruptif que présentait l'affection.

La dénomination de l'épidermophytie inguinale est due à M. Sabouraud qui, dans un mémoire sur « l'eczéma marginatum de Hébra, tricophytie inguinale et son parasite », paru en 1907 dans les *Archives de médecine expérimentale*, montra que cette dermatose avait toujours pour cause un même parasite voisin des tricophytons, parasite qu'il cultiva, classa, décrivit et auquel il donna le nom d'épidermophyton inguinale.

Hébra et ses élèves considérèrent l'affection comme un eczéma et, pour faire admettre au maître viennois la possibilité d'une origine mycosique de l'eczéma marginatum, il fallut les travaux de Pick qui, dans des lésions diagnostiquées par Hébra lui-même, mit en évidence un parasite qu'il identifia au tricophyton, 1869. Cependant des auteurs français, Hardy, Besnier, Doyon, avaient déjà reconnu la nature parasitaire de l'eczéma marginatum; avant même la publication de Hébra, Devergie, en 1857, soupçonna la nature tricophytique de l'éruption qu'il appela herpès à centre non dégagé et y décela des filaments mycéliens. Plus tard, en 1895, Lilas Foutrein, inspiré par son maître Dubreuilh, consacra sa thèse à « une épidémie de tricophytie inguinale » et signala la coloration jaune ocre des cultures obtenues par le Dr Sabrazès.

Enfin M. Sabouraud, reprenant en 1907 l'étude de la question qu'il mit au point, établit la spécificité du parasite.

A cette époque, l'épidermophytie inguinale était considérée sinon comme une rareté au moins comme une affection peu commune. Mais, dans ces dernières années, la question de l'épidermophytie a pris une extension inattendue tant au point de vue du nombre des cas observés qu'en ce qui concerne les formes cliniques et les localisations atypiques de l'affection.

Sous l'inspiration de M. Thibierge, qui a bien voulu nous guider de ses conseils et nous communiquer des documents personnels et à qui nous sommes heureux de témoigner de notre profonde gratitude, nous nous sommes proposé d'étudier les cas d'épidermophytie qui se présentaient à l'hôpital et de synthétiser les notions éparses dans la littérature médicale.

Parmi les faits que nous avons ainsi observés, nombre d'entre eux sont conformes aux notions acquises. Ils corroboreront par leur modeste confirmation les études antérieures. Il en est d'autres qui nous ont semblé présenter quelque particularité intéressante dans leur étiologie ou leur évolution, ou bien s'écarter des types habituellement décrits soit par leur aspect morphologique, soit du fait de leur localisation ou de leur dissémination. Ils nous ont paru dignes d'être rapportés et nous nous efforcerons de les mettre en lumière.

Enfin, nous tenons à exprimer notre vive gratitude à M. le Dr Gastinel, assistant du service, ainsi qu'à M. le Dr Pellier, ancien chef de clinique de M. le professeur Audry, qui ont bien voulu nous éclairer de leurs précieux conseils tant au point de vue clinique qu'en ce qui concerne les recherches de laboratoire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ÉPIDERMOPHYTIE INGUINALE

I.

EXPOSÉ DES FAITS.

Depuis la fin du mois de mai jusqu'au mois de décembre 1919, — abstraction faite des épidermomycoses des extrémités, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement, — nous avons observé 23 cas d'épidermophytie.

Avant d'aborder leur description clinique, nous croyons devoir exposer les résultats de nos investigations microscopiques et culturales.

Examen microscopique et cultures.

Hormis 3 malades pour lesquels les recherches de laboratoire n'ont pas été effectuées complètement (observations 1, 8, 11), chez tous les autres malades nous avons prélevé, à l'aide d'une lame de verre ou d'un vaccinostyle stérilisés, des squames à la périphérie des lésions.

De ces matériaux d'examen nous avons fait trois parts : l'une était destinée à l'ensemencement, la deuxième à un examen microscopique extemporané, la troisième était mise en réserve aux fins d'examens ultérieurs que nous pratiquions à plusieurs jours d'intervalle lorsque les premières recherches étaient demeurées infructueuses.

Les squames étaient légèrement chauffées dans une solution de potasse à 40 %, recouvertes d'une lamelle et examinées avec

l'objectif 6 ou 7 du microscope. Les squames trop épaisses étaient au préalable dégraissées et dilacérées dans l'acide acétique.

L'ensemencement était pratiqué copieusement sur 3 tubes de gélose glucosée de Sabouraud laissés à la température du laboratoire.

Les résultats obtenus peuvent être schématisés dans le tableau suivant :

Observations	Age de l'éruption	Examen des squames	Culture
N°s 2	3 semaines	0	+
3	15 jours	+	+
4	3 semaines	0	0
5	8 jours	+	0
6	15 jours	+	+
7	3 jours	0	0
9	3 semaines	+	+
10	7 jours	+	+
12	1 mois 1/2	0	0
13	2 mois	0	0
14	2 mois	0	0
15		+	+
16	8 jours	+	0
17	15 jours	+	+
18		+	0
19	3 semaines	+	0
20	12 jours	+	+
21	1 mois	+	+
22	2 mois 1/2	+	0
23	15 jours	+	+

Aussi, sur un total de 20 cas, 14 fois nous avons trouvé le parasite dans les squames, soit 70 °/₀ des cas, 10 fois l'ensemencement a été positif, soit dans 50 °/₀ des cas, 5 fois le parasite a pu être décelé dans les squames sans que la culture se développe et 1 fois nous avons obtenu une culture alors que l'examen microscopique était resté infructueux, ce qui porte à 15, soit 75 °/₀, le nombre des réponses positives fournies par l'une ou l'autre des deux méthodes.

Il reste 5 cas, soit 25 °/₀, où le contrôle du laboratoire a fait défaut à la clinique.

Chez 3 de ces malades l'éruption était ancienne et durait depuis près de 2 mois (obs. 12, 13, 14).

Chez un autre malade l'éruption avait été traitée depuis plus de 10 jours par des applications de baume Baissade (obs. 4).

Il est vraisemblable que, dans ces lésions anciennes ou déjà traitées, le parasite a été éliminé en grande partie par la desquamation et que l'épidermite continue d'évoluer malgré la disparition de sa cause première.

Dans un cas (obs. 7) l'éruption toute récente ne datait que de 3 jours, la notion d'une contagion conjugale nous a mis sur la voie du diagnostic.

Enfin, 3 fois la guérison par le traitement iodé vint corroborer le diagnostic non vérifié par le laboratoire (obs. 4, 7, 13).

Les 2 autres malades (obs. 12, 14) échappèrent à notre contrôle et le diagnostic n'est basé que sur le seul aspect clinique des lésions.

En résumé, pratiquement au moins, en ce qui concerne les recherches de laboratoire, des examens négatifs n'ont pas une valeur absolue et ne peuvent faire éliminer *ipso facto* la possibilité d'une épidermophytie.

L'examen microscopique des squames exige parfois des manipulations et des recherches patientes, minutieuses et répétées, qui rendent toujours possible la méconnaissance d'un parasite que la culture mettra cependant en évidence.

Quant à la culture, il est probable qu'en ensemençant un plus grand nombre de tubes on augmenterait le nombre des réponses positives.

L'aspect du parasite dans les squames a été décrit par M. Sabouraud :

« Entre les couches de l'épiderme corné, réseau de filaments mycéliens composé de cellules à doubles contours quadrangulaires disposés bout à bout... Ces filaments sont fragiles; les manœuvres de montage de la préparation les dissocient. Alors les cellules quadrangulaires se séparent les unes des autres, puis s'accolent entre elles, ce qui rompt la régularité des filaments... »

Le parasite peut présenter un autre aspect : « On voit surtout des chaînes de cellules oblongues ou ovoïdes... renflées dans le sens transversal et pouvant atteindre 7 à 8 millimètres de diamètre. »

D'une manière générale, les filaments mycéliens jeunes sont « rubanés, réguliers résistants, grêles »; au contraire, les filaments adultes constitueraient « des chapelets d'éléments oli-

vaires plus gros, déhiscents, souvent difformes, remplis de granulations protoplasmiques qui semblent annoncer la maturité cellulaire ».

Sur milieu d'épreuve glucosé, les cultures d'épidermophyton inguinale présentent, d'après M. Sabouraud, les principaux caractères suivants :

Croissance lente, culture radiée de consistance cartonnée, aride et poudreuse, présentant ordinairement un point un peu excentrique saillant comme un capuchon, — couleur jaune verdâtre très caractéristique, dimensions dépassant rarement 2 centimètres de diamètre, — apparition précoce du duvet pléomorphique sous forme de petites protubérances blanches et duveteuses qui grandissent peu à peu et ne tardent pas à envahir toute la culture.

La plupart de ces caractères, nous les avons constamment observés sur les cultures que nous avons obtenues, avec quelques variations qui nous ont paru en rapport avec la température.

En été, les cultures sont grasses et florides, le capuchon excentrique est plus saillant, le duvet pléomorphique se développe très rapidement. Les cultures d'hiver apparaissent plus tardivement; elles sont maigres, chétives, étalées à la surface de la gélose, la couleur jaune est souvent moins marquée, le capuchon moins saillant.

Examinées au microscope par dilacération d'une parcelle de la culture dans une goutte d'eau, les cultures d'épidermophyton inguinale montrent des fuseaux pluriseptes abondants, souvent groupés en régimes de bananes et dont l'aspect est caractéristique.

Sur les cultures de l'observation 23 qui avaient souffert du froid très vif et que nous avions dû mettre à l'étuve, les fuseaux étaient peu nombreux, l'examen microscopique montrait surtout des filaments grêles et stériles, avec peu d'organes de fructification. Sur les repiquages pratiqués par une température plus clémente, la coloration jaune a reparu sur la culture, le capuchon excentrique s'est développé et les fuseaux se sont montrés plus abondants.

Enfin, avec les cultures 2, 15, 20, 23, nous avons pratiqué sur le cobaye des inoculations qui n'ont pas donné de résultat positif.

OBSERVATIONS.

Épidermophyties exclusivement inguinales.

Observation 1. — Lucien P., 26 ans, militaire.

Début vers le 15 avril par des démangeaisons. A ce moment, P. constate sur les cuisses l'existence de 2 taches rouges symétriques qui se sont étendues progressivement.

22 avril 1919. — L'éruption s'étend symétriquement sur la face interne de la racine des cuisses, les régions inguinales et le scrotum.

Sur les cuisses, dans la zone en contact avec les bourses, 2 plaques arrondies, érythémato-squameuses, plus volumineuses à gauche qu'à droite. Le centre a une coloration violacée avec quelques points saillants périfolliculaires, plus rouges.

A la périphérie existe une marge bien tranchée, saillante, d'un rouge éclatant, large d'environ un demi-centimètre. Immédiatement en dedans d'elle se voit une collerette de squames lamelleuses.

Sur le scrotum, aspect érythémato-squameux, diffus, de configuration irrégulière, sans bordure.

Prurit violent la nuit.

Filaments mycéliens dans les squames. L'ensemencement n'a pas été pratiqué.

Obs. 2. — Ded., 34 ans, employé de commerce, marié, consulte le 4 juillet 1919.

A la face interne de la racine des cuisses, 2 plaques symétriques; la droite, un peu plus étendue que la gauche, a les dimensions de la paume de la main. Le centre des plaques est érythémateux, de couleur rouge rosée. La bordure polycyclique, nettement tranchée du côté de la peau saine, est de niveau avec la surface de la plaque et de même couleur qu'elle, elle est squameuse et porte quelques très fines vésicules.

Sur les bourses, rougeur et desquamation diffuses.

L'éruption se propage au périnée et jusque dans le sillon

interfessier où existent 2 plaques symétriques, en croissant, bien limitées par un liséré squameux.

D. voyage souvent. Début il y a 3 semaines.

Examen des squames : négatif. Culture présentant les caractères de l'épydermophyton inguinale.

Obs. 3. — Gu., 27 ans, militaire, consulte le 11 septembre 1919.

2 plaques érythémato-squameuses symétriques sur la racine des cuisses, en rapport avec le scrotum, — légèrement saillantes, leur coloration est rouge sur toute leur surface. — La peau paraît plissée et quadrillée, légèrement lichénifiée. Les plaques sont limitées par un bord polycyclique bien tranché, mais non marginé. Un peu en dedans de la bordure se voit une zone squameuse. La surface des plaques est parsemée d'excoriations.

Les deux plaques s'étendent en une rougeur diffuse à la région des poils du pubis et se réunissent sur la ligne médiane. Le scrotum ainsi que la racine de la verge desquament légèrement. Le prurit est modéré.

L'affection aurait débuté il y a 15 jours dans l'aine gauche et a été contractée à l'hôpital de Chartres, où Gu. à cette époque a été opéré d'un varicocèle.

Les squames contiennent des filaments mycéliens. Culture présentant les caractères de l'épidermophyton inguinale.

Obs. 4. — L., 43 ans, employé de chemin de fer, marié, consulte le 12 juillet 1919.

Large placard érythémato-squameux, étendu symétriquement sur la racine des cuisses, la région inguinale, le pubis, le périnée et le scrotum.

Aux cuisses les lésions, moins étendues à droite qu'à gauche où elles débordent à peine la surface d'application du scrotum, se présentent sous l'aspect d'une plaque à contour circiné bien tranché avec une marge érythémateuse très rouge et large de près d'un centimètre, interrompue en certains endroits. Le centre en régression est d'une teinte jaune bistre qui contraste avec l'éclat de la marge ; sa surface est plissée comme du crêpe. La bordure est entourée d'un halo où la peau semble dépigmentée.

Au périnée, l'éruption est semblable mais moins nettement limitée. Les lésions bilatérales se propagent au pubis dans la région des poils où elles se réunissent l'une à l'autre. Le scrotum est le siège d'une rougeur diffuse, légèrement squameuse.

Le début de l'affection remonte à 3 semaines; depuis 8 jours le malade se traite par des applications de baume Baissade qui ont calmé le prurit, alors très violent.

L. est en traitement depuis 3 ans pour la syphilis.

L'examen des squames au microscope et l'ensemencement sont négatifs. Néanmoins, l'application quotidienne d'alcool iodé est préconisée.

17 juillet. — Les lésions n'ont pas progressé.

31 juillet. — Réaction érythémateuse sur la surface des plaques.

Suspension du traitement et pâte calmante.

2 août. — La réaction érythémateuse a disparu, les lésions sont en voie d'extinction.

18 août. — L. est guéri. Il reste une pigmentation brunâtre à peine visible des régions atteintes.

Obs. 5. — Jules Cr., 48 ans, ajusteur, marié, consulte le 22 novembre 1919.

Sur la face interne de la cuisse gauche, correspondant à la zone d'application du scrotum et la débordant notablement, placard rouge homogène dont la surface est quadrillée. Contours nets, polycycliques; immédiatement en dedans de la bordure existe un liséré squameux.

Sur la cuisse droite, plaque moins étendue, mais la bordure est beaucoup moins régulière, déchiquetée et interrompue par endroits; là il existe une marge large et saillante qui borde une zone squameuse assez large.

La verge et le scrotum sont rouges et desquament. Prurit modéré.

Début il y a huit jours sur la cuisse gauche. Jules Cr. a voyagé, il y a une quinzaine de jours, dans les régions libérées.

Les squames sont parasitées. Culture négative.

6 décembre. — Les lésions ont pris une teinte brunâtre,

terne. Sur les surfaces en régression subsistent des vestiges plus rouges, dessinant des rudiments de circinations.

Épidermophyties axillaires.

Obs. 6. — Marguerite B., 23 ans, consulte le 3 juin 1919.

Dans l'aisselle droite, plaque arrondie plus large qu'une pièce de 5 francs. Le centre a une teinte jaune saumon. A la périphérie, cercle blanc de fines squames entouré d'une marge rouge.

Dans l'aisselle gauche, plaque nummulaire plus petite, érythémato-squameuse sur toute sa surface, de coloration rougeâtre, à contours nets. Prurit assez vif.

Rien ailleurs.

L'éruption aurait débuté il y a 15 jours dans l'aisselle droite.

A ce moment, Marguerite B. était hospitalisée dans le service salle Alibert pour des accidents de syphilis secondaire. Aucun autre cas d'épydermophytie ne s'est déclaré dans la salle.

Filaments mycéliens dans les squames. Culture présentant les caractères de l'épidermophyton inguinale.

10 juin. — Les lésions sont presque éteintes, les plaques ont pris une teinte jaune pâle. Le prurit a cessé.

Obs. 7. — M^me^ M., consulte le 22 octobre 1917.

M^me^ M. nous est amenée par son mari que nous traitons depuis 4 jours pour une épidermophytie qui dure depuis plus de 2 mois.

L'éruption de M^me^ M. est constituée par une seule tache nummulaire siégeant dans le creux de l'aisselle gauche, tache arrondie, rouge, légèrement saillante, à peine squameuse, dont le contour est nettement délimité. Prurit insignifiant. La lésion est tout à fait à son début et n'a été remarquée, il y a 3 jours, que parce que nous avons attiré l'attention du mari sur la possibilité qu'il y avait pour lui de contaminer sa femme.

Il est vraisemblable que M^me^ M. a été contaminée par son mari; celui-ci n'a repris la vie conjugale que le 22 septembre, époque à laquelle il a été démobilisé; dans ce cas particulier, la période d'incubation n'aurait pas excédé 3 semaines.

L'examen microscopique des squames ni la culture ne donnent de résultat.

29 octobre. — La tache n'a pas progressé, mais persiste.

13 novembre. — Nous n'avons pas vu Mme M., mais son mari, qui nous affirme sa guérison.

Obs. 8. — Mme Z., mariée, se présente le 22 octobre 1919 à la consultation de M. le Dr Thibierge.

A eu il y a 4 mois, aux premières chaleurs, de l'irritation sous les bras, qu'elle attribue à une robe neuve et qui aurait passé assez rapidement.

Il y a 3 à 4 semaines environ, Mme Z. a été prise de lésions des cuisses et des parties avec rougeur et démangeaisons (le mari a eu, paraît-il, un peu avant sa femme, des lésions de même siège et de mêmes caractères qui ont disparu après l'application d'une pommade).

22 octobre 1919. — Sur la face interne des 2 cuisses de chaque côté, une large plaque arrondie, rouge pâle, entourée d'une bordure squameuse très fine et quelques squames fines disséminées à la surface.

Les plaques se prolongent en arrière sur le périnée et atteignent le pourtour de l'anus et le pli interfessier jusqu'à sa partie supérieure dans toute l'étendue des surfaces d'adossement d'une façon parfaitement symétrique. Prurit assez violent, surtout au lit.

Sur la paroi postérieure de l'aisselle gauche, une plaque rose pâle de la dimension d'une pièce de 2 francs, légèrement squameuse sur sa périphérie, mais moins nettement que celle des cuisses.

Obs. 9. — T., 25 ans, militaire, consulte le 30 mai 1919.

Les lésions inguinales siégeant seulement à gauche sont constituées par une tache nummulaire de la grandeur d'une pièce de 5 francs, correspondant à la zone d'application du scrotum. Le centre a presque la coloration de la peau normale, la bordure monocyclique forme une marge saillante franchement rouge, large, très squameuse dans sa partie interne. L'éruption franchit le pli inguino-scrotal et se continue sur les bourses en une rougeur desquamative dont les contours sont diffus.

Dans l'aisselle gauche, 2 plaques nummulaires avec marge rouge saillante et squameuse; le centre, plus pâle, paraît

déprimé ; le contour est polycyclique. Sur la face latérale gauche du thorax, une tache érythémato-squameuse arrondie, de coloration rouge brunâtre, ressemblant à un eczéma séborrhéique.

Dans l'aisselle droite, 2 taches plus petites, jaune brunâtre, avec marge saillante et rouge parsemée de très fines vésicules.

L'affection aurait débuté, il y a 3 semaines, sur la cuisse gauche, les lésions axillaires datent seulement de 15 jours. Prurit la nuit.

T. est en traitement à l'hôpital Saint-Nicolas pour une blessure au pied.

Les squames sont parasitées. Culture présentant les caractères de l'épidermophyton inguinale.

Obs. 10. — B., 25 ans, aviateur militaire, consulte le 6 août 1919.

Placard érythémato-squameux occupant la racine des cuisses, le pli inguinal, le périnée, remontant sur la région pubienne où il déborde largement la lisière des poils. La bordure circinée est formée par une marge large, rouge et squameuse, parfois interrompue. Le centre, plus pâle, est de couleur bistre, parsemé de points rouges et saillants folliculaires.

Sur le scrotum et la racine de la verge, desquamation sans rougeur.

Dans l'aisselle gauche, plaque ovalaire, à centre déprimé, à marge rouge d'aspect trycophytoïde. Dans l'aisselle droite, tache régulière, uniformément rouge et squameuse. Sur la face interne du pied gauche, tache nummulaire tricophytoïde qui aurait été l'élément initial remarqué par le malade il y a une huitaine de jours.

Squames parasitées. Culture présentant les caractères de l'épidermophyton inguinale.

Épidermophyties avec taches aberrantes.

Obs. 11. — M., 32 ans, aviateur militaire.

Placard inguinal double ayant débuté vers le 8 mai par une tache rouge et prurigineuse sur la cuisse gauche.

24 mai 1919. — Le placard traité depuis le 12 mai par l'alcool iodé occupe les 2 régions inguino-crurales où il est plus

développé à gauche, le scrotum, le périnée et le pourtour de l'anus. Teinte rose pâle uniforme. Contour régulier, net et circiné. Un peu en dedans de la bordure se voit une zone blanchâtre, finement squameuse, bien marquée sur les cuisses. Dans le sillon interfessier les lésions sont parfaitement symétriques.

Au creux poplité existe une tache rouge sombre nummulaire (5 francs), peu squameuse et non marginée, présentant l'aspect d'un eczéma séborrhéique.

Sur les poignets et le dos des mains est apparue depuis 2 jours une éruption de vésicules dyshidrosiques enchâssées dans l'épiderme et disséminées sans ordre.

Examen microscopique des squames : négatif. Ensemencement non pratiqué.

Obs. 12. — G., 27 ans, voyageur de commerce, consulte le 28 juin 1919.

Placards symétriques occupant la racine des cuisses (plus étendu à gauche) ainsi que le pli inguinal et les bourses.

Sur les cuisses les lésions sont érythémateuses sur toute leur surface, la peau est un peu épaissie, quadrillée, présentant un léger degré de lichénification, quelques excoriations. Le contour est net, circiné, mais sans marge.

Prurit intense. Le début remonte à six semaines.

Sur le dos de la main droite petite tache nummulaire ; la bordure est surélevée, nette, la desquamation est peu marquée, la coloration est rouge. Cette tache est apparue il y a 1 mois.

Examen des squames et ensemencement négatifs.

Obs. 13. — M^me^ B., 35 ans, mariée, consulte le 4 juillet 1919.

Plaques érythémato-squameuses disposées symétriquement sur les cuisses et les plis inguinaux. A droite les lésions sont plus étendues qu'à gauche et débordent sensiblement la surface d'application des grandes lèvres, dépassant les dimensions de la paume de la main. Des plaques crurales apparaissent formées par la confluence évidente de taches plus petites ; tandis que le centre déprimé, de coloration jaune pâle, est en régression, la bordure forme une marge assez large, rouge et saillante, polycyclique, constituée par des segments de cercle qui s'entre-

coupent et continuent à s'étendre dans l'intérieur de la plaque en dépit de leur rencontre avec des cercles voisins. Un peu en dedans de la bordure existe une zone très squameuse avec de petites collerettes de squames, vestiges de vésicules rompues.

Il existe trois taches aberrantes d'aspect tricophytoïde, l'une volumineuse sur la cuisse gauche (pièce de 5 francs) et deux autres plus petites sur la face antérieure de la cuisse droite.

Prurit violent. Début il y a 2 mois dans la région inguinale droite.

Le mari de M^me^ B. ne présenterait aucune trace d'éruption.

L'examen des squames et la culture sont négatifs.

8 juillet. — Les lésions n'ont pas progressé.

22 juillet. — Les lésions sont en régression manifeste. La marge est éteinte. Il reste encore une teinte jaune pâle sans contours précis.

4 août. — On ne trouve plus qu'une minime desquamation sans rougeur sur la cuisse droite. Il persiste un prurit léger.

Obs. 14. — B., 30 ans, employé de commerce, consulte le 16 juillet.

Vaste placard à la racine de la cuisse gauche débordant le scrotum. Centre desquamant et parsemé de saillies rouges périfolliculaires, surface plissée. Ce contour polycyclique présente une marge rouge et saillante, peu squameuse, qui forme une limite très nette en certains endroits; ailleurs, la marge est effacée et le contour s'émiette légèrement. L'affection rayonne vers le pli inguino-scrotal, le périnée et le scrotum du même côté qui, diffusément rouge et squameux, est le siège d'un prurit intense.

Sur la cuisse droite, plaque analogue moins étendue.

Il existe 3 taches aberrantes à la partie inférieure de la cuisse gauche. Ces taches ont les dimensions d'une pièce de 2 francs; elles sont de coloration rouge sombre sur toute leur surface, squameuses, bien limitées mais non marginées.

L'éruption aurait débuté il y a 2 mois sur la cuisse gauche; les taches aberrantes datent d'un mois. B. est en traitement pour syphilis.

L'examen des squames et l'ensemencement demeurent infructueux.

Obs. 15. — Lucien P., 22 ans, consulte le 28 août.

Pli inguino-scrotal droit : plaque arrondie de 2 centimètres et demi de rayon à cheval sur la cuisse et le scrotum. Bordure vésiculeuse et rouge foncé, centre plus pâle et plissé. Squames assez abondantes et assez larges, surtout dans une zone en croissant d'un demi centimètre de largeur et sise immédiatement en dedans de la bordure.

Cuisse gauche : immédiatement en dessous du pli inguino-scrotal, 2 taches arrondies ayant les dimensions de 1 franc et de 50 centimes, mêmes caractères que ci-dessus.

Fesse droite : une tache ovalaire au milieu de la fesse; grand axe de 5 centimètres, bords nettement marginés, un peu irréguliers, centre rose jaunâtre avec quelques fines squames. Une tache bilobée analogue à droite du sillon interfessier.

Fesse gauche : plaque bilobée à la partie supérieure de la fesse, de grandes dimensions, 10 centimètres. Margination du bord peu nette, traces de grattage.

Les squames inguinales et aberrantes sont parasitées.

La culture est positive.

Obs. 16. — Julien G., 19 ans, militaire, consulte le 26 septembre.

Plaques symétriques et de dimensions sensiblement égales (paume de la main) sur la racine des cuisses et les plis inguinaux scrotaux. Centre rouge bistre, contours nets, polycycliques, marge large de près de 1 centimètre desquamant en lamelles fines et sèches. Le scrotum est rouge surtout à gauche et à peine squameux. L'éruption se prolonge sur les berges du sillon interfessier d'une façon symétrique et avec des caractères analogues. Prurit vif.

4 taches aberrantes : une tache ovalaire (5 francs), un peu au-dessus du pubis, érythémato-squameuse sans marge, bordée par une collerette continue de squames. Au niveau des 2 épines iliaques antérieures, 2 taches symétriques analogues de dimensions et d'aspect. Une autre tache plus petite sur le cou du pied gauche.

L'éruption aurait débuté il y a huit jours, alors que G. était au Maroc sur le point de s'embarquer, par 2 taches symétriques à la racine des cuisses. Les lésions aberrantes ont été remar-

quées seulement il y a 2 jours. Il y a 3 semaines, G. a fait un court séjour dans une formation sanitaire.

Filaments mycéliens dans les squames inguinales et aberrantes.

La culture est négative.

2 octobre. — Les placards inguinaux se sont peu modifiés. Les taches aberrantes sont presque éteintes.

Obs. 17. — Charles V., 30 ans, marié, consulte le 28 octobre 1919.

V. nous est amené par un camarade que nous avons traité pour la même affection.

Plaque sur la région inguino-crurale droite correspondant au scrotum. Ch. V. « porte à droite » depuis qu'il a subi l'amputation de la cuisse gauche. Le centre de la plaque est dégagé et luisant, portant quelques vestiges rouges et squameux. Marge large et squameuse finement vésiculeuse. Bordure nette et festonnée.

Dans l'aine gauche, tache beaucoup plus petite, rouge violacé, à bordure squameuse.

Sur la face externe de la cuisse gauche existe une plaque ovalaire large dont le centre est rouge bistre. A la périphérie, liséré squameux entouré d'une marge rouge sur laquelle se voient de très petites vésicules. La surface de la lésion est plissée. Cette plaque siège sur la cuisse amputée au niveau de la région sur laquelle vient s'adapter la jambe artificielle et qui subit d'incessants frottements.

Dans l'aisselle droite, tache nummulaire érythémateuse et non squameuse que le malade ignorait et sur laquelle on voit quelques vésicules typiques volumineuses contenant un peu de liquide. Prurit modéré.

L'affection a débuté, il y a 15 jours, par la cuisse droite. V. croit avoir contracté la maladie dans un établissement de douches où il se rend tous les 2 jours. Il n'a pas jusqu'alors contaminé sa femme.

Filaments mycéliens dans les squames. Culture présentant les caractères de l'épidermophyton inguinale.

5 novembre. — Les lésions sont en voie de régression.

Obs. 18. — Rami, 42 ans, militaire malgache, consulte le 12 novembre 1919.

Placard leuco-squameux occupant les régions inguino-crurales, le scrotum et la racine de la verge, le pubis, le périnée et l'anus.

Aux cuisses, les plaques disposées symétriquement et de même dimension (paume de la main) présentent une teinte générale grise et luisante qui tranche sur l'épiderme pigmenté du sujet. Les contours sont bien limités, géométriquement circinés.

A droite, la plaque est squameuse, blanche et brillante, sauf en une étroite zone contiguë à la bordure inférieure. Cette bordure constitue une marge très squameuse large d'environ 3 millimètres.

A gauche, le fond de la plaque est noirâtre, parsemé de taches blanches et squameuses.

Il existe une marge.

Sur le pubis, le scrotum et la racine de la verge, abondante desquamation à limites bien tracées.

Sur le périnée et au pourtour de l'anus, même aspect de taches bien limitées.

Sur les fesses, nombreuses taches lenticulaires ou nummulaires entourées d'une collerette de squames. Une tache aberrante à la base du triangle de Scarpa. Une autre au-dessous du genou droit.

Prurit très marqué.

Filaments mycéliens dans les squames inguinales et aberrantes.

L'ensemencement est négatif.

Épidermophyties atypiques du tronc.

Obs. 19. — Léon S., 28 ans, militaire, consulte le 20 juin 1919.

L'éruption, qui aurait débuté il y a 3 semaines sur la racine de la cuisse droite, s'étend actuellement symétriquement en une vaste nappe sur les deux régions inguino-crurales, le scrotum, le périnée et le pourtour de l'anus. En avant, les lésions confluent au-dessus du pubis, couvrant la région des poils dont elles débordent notablement la lisière. Presque partout les bords sont remarquable-

ment nets, formant une marge saillante et rouge, desquamant par endroits en lamelles sèches assez larges. Ils sont circinés et festonnés. Le centre, plus pâle, finement squameux, paraît déprimé, sa surface est plissée.

Sur le tronc, il existe de nombreuses taches aberrantes d'aspect et de dimensions variables. L'une paraissant sortir de la cicatrice ombilicale et la circonscrivant. Une autre au creux épigastrique à gauche de la ligne médiane. Ces deux taches ont presque les dimensions d'une pièce de 5 francs, leur coloration est jaunâtre et terne au centre qui présente un aspect poudreux. Leur contour offre une margination effacée; on peut y distinguer à la loupe quelques minimes vésicules ou leurs vestiges et de fines squamules. Elles éveillent l'idée d'un pityriasis marginé de Vidal.

D'autres taches, plus petites, au nombre d'une dizaine, sillonnent le tronc; elles sont rose jaunâtre, squameuses, bien limitées, mais sans margination; leur aspect est celui de l'eczéma séborrhéique.

Au-dessus du genou gauche, 2 taches analogues; une autre dans l'aisselle gauche.

Tous les éléments aberrants sont plus récents que l'éruption inguinale et chaque jour il en apparait de nouveaux.

Le prurit est surtout marqué à la région inguinale.

L'examen microscopique est pratiqué séparément avec des squames inguinales et des squames du tronc : seules les squames inguinales montrent des parasites.

La culture demeure infructueuse.

27 juin. — S. revient avec un érythème thoraco-abdominal. Suppression du traitement iodé et application d'une pâte à l'eau.

9 juillet. — La réaction érythémateuse a disparu. S. a repris les applications iodées depuis 5 jours. Les lésions sont en régression.

16 juillet. — Les taches aberrantes du tronc ont disparu. Les lésions inguinales sont encore marquées par une pigmentation brunâtre qui est le siège d'un prurit assez vif.

Obs. 20. — Led., 26 ans, militaire, en traitement à l'hôpital depuis 2 ans.

Le 14 juillet, en prenant un bain, L. a remarqué une éruption qui serait jusqu'à maintenant demeurée stationnaire.

Elle est actuellement, 25 juillet, constituée ainsi :

Région inguino-crurale : 2 plaques symétriques. A gauche, placard ayant les dimensions de la paume de la main, érythémateux sur toute sa surface, quadrillé. La bordure est régulièrement circinée, portant un fin liséré squameux. A droite, plaque un peu moins étendue, à centre bistre, plissé en régression, à bordure marginée plus rouge. Desquamation diffuse sur les bourses.

Sur l'abdomen et les flancs : une trentaine de taches nummulaires de dimensions variables (50 centimes à 2 francs), érythémateuses et squameuses. Un peu en dedans de la bordure régulière, circinée et polycyclique, se voit une collerette squameuse ininterrompue.

Sur le thorax, vers la ligne axillaire gauche, tache nummulaire à centre dégagé, à marge saillante et squameuse. Au sein gauche, entourant le mamelon, tache nummulaire portant des cercles de squames concentriques.

Dans l'aisselle droite : plaque rouge large comme la paume, de coloration rouge, semble bordée d'une collerette squameuse. Dans l'aisselle gauche : tache plus petite, de même aspect.

Il existe encore une tache irrégulière sur le cou, une autre à la nuque, une sur le genou.

Le prurit n'existe que dans les plis.

L. a un passé pathologique chargé. Il a été soigné successivement dans diverses formations sanitaires pour anémie, paludisme, troubles mentaux, myélite chronique, paraplégie et aphasie qui aurait duré 6 mois.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont très exagérés.

Les squames inguinales sont parasitées.

L'ensemencement, pratiqué séparément avec des squames de la région inguinale et des squames prises sur les lésions du tronc, donne dans les 2 cas des cultures présentant les caractères de l'épidermophyton inguinale.

29 juillet. — Aucune extension des lésions.

4 août. — Régression générale de l'éruption qui a sensiblement pâli. Les éléments aberrants du tronc sont en voie d'effacement.

28 octobre. — Nous revoyons L. qui nous amène un de ses

camarades atteint d'épidermophytie. L. est guéri complètement, affirme-t-il, depuis 2 mois. Il ne présente plus aucune trace d'éruption.

Obs. 21. — B., 36 ans, infirmier, en traitement à l'hôpital militaire, consulte le 15 septembre 1919.

Dans l'aisselle droite et dans la partie droite du thorax, 6 taches érythémato-squameuses nummulaires. Le centre des taches est à peine jaune, presque normal; le pourtour forme une marge saillante, rouge et bien limitée, desquamante en fines lamelles sèches. Le contour est polycyclique par confluence des taches voisines, dont les bords ont cependant continué leur progression dans l'intérieur même des lésions contiguës et s'entrecoupent sans s'interrompre.

Dans l'aisselle gauche, une tache analogue.

A la région dorso-lombaire droite se voient une dizaine de taches plus petites, dont la délimitation est moins franche. Elles sont de coloration jaune, plus squameuses qu'érythémateuses et ressemblent à l'eczéma séborrhéique.

Une autre tache plus volumineuse au-dessous du sein gauche.

L'affection a débuté, il y a un mois, par des démangeaisons dans l'aisselle droite. A cette époque, B. était dans un corset plâtré (mal de Pott, 6e dorsale). Le corset a été enlevé il y a 2 jours en raison du prurit intense qu'accusait le malade à ce niveau. On découvrit ainsi l'éruption dorsale.

Les squames axillaires et les squames aberrantes sont parasitées et donnent une culture qui présente les caractères de l'épidermophyton inguinale.

Obs. 22. — Raymond M., 23 ans, marié, démobilisé depuis le 22 septembre, consulte le 18 octobre 1919.

Dans l'aine gauche, placard plus large que la paume de la main; sa limite inférieure est très nettement dessinée par un fin liséré squameux. Pas de marge. La surface du placard est quadrillée, de couleur rouge, brillante. A sa partie supérieure est une zone humide et suintante, ayant subi un processus d'eczématisation. Quelques ganglions inguinaux.

Dans l'aine droite, plaque moins étendue, présentant l'aspect classique de l'épidermophytie. Un peu en dehors, tache aberrante arrondie.

Rougeur diffuse sur le scrotum. L'éruption gagne le périnée et le sillon interfessier avec ses caractères habituels de symétrie.

Début, il y a plus de 2 mois, dans l'aine gauche, alors que le malade était encore militaire.

Sur le tronc, depuis quelques jours seulement, sont apparues environ 70 taches lenticulaires ou nummulaires, arrondies ou irrégulières, parfois groupées en petit nombre, le plus souvent isolées. Ces taches sont érythémateuses, rosées, légèrement squameuses; elles ressemblent aux taches du pityriasis rosé ou à l'eczéma séborrhéique. Elles sont disséminées sur la partie antérieure du thorax, l'abdomen, les flancs, le dos.

Prurit périgénital; il manque sur le tronc.

L'examen microscopique est pratiqué avec des squames inguinales et des squames du tronc : seules les squames du tronc se montrent parasitées. Les ensemencements ne donnent aucun résultat.

Traitement : frictions à l'alcool iodé, sauf sur la zone eczématisée, qui est traitée par des applications de nitrate d'argent.

22 octobre. — Même état. La zone eczématisée est encore suintante.

M. nous amène sa femme, qui présente une épidermophytie de l'aisselle.

29 octobre. — Amélioration notable. Les lésions s'effacent. La plaque inguinale gauche ne suinte plus.

13 novembre. — Les taches du tronc ont disparu, laissant une fine desquamation à peine visible. Les lésions périgénitales sont éteintes; il reste seulement à leur niveau une pigmentation brune de la peau.

M. nous assure que sa femme est complètement guérie.

Obs. 23. — Jules M., 20 ans, militaire, consulte le 18 octobre 1919.

Placards inguinaux symétriques plus étendus à gauche, bordure nette, circinée avec marge rouge étroite et saillante, centre bistre et plissé.

Dans les 2 aisselles, petites taches nummulaires d'un rose jaunâtre, arrondies, d'aspect séborrhéique.

Sur le tronc, il existe un grand nombre de taches petites, à

peine plus larges qu'une lentille, rougeâtres, sèches, régulières, formant de petits groupes sur l'abdomen, les flancs et le dos, constituant, au niveau d'un plan passant par l'ombilic, une véritable ceinture. Une tache plus étendue (pièce de 5 francs), arrondie, bien limitée, rouge bistre et squameuse, siège au-dessus des poils du pubis; une autre occupe la cicatrice ombilicale. Une troisième, de même aspect, siège à la région lombaire.

Une tache sur la cuisse gauche.

Début, il y a 15 jours, dans l'aine gauche: les éléments du tronc ne datent que de 8 jours. M. croit avoir contracté son affection au camp de Saint-Maur.

Les squames du tronc et celles de la région inguinale, ensemencées séparément, donnent des cultures présentant les caractères de l'épidermophyton inguinale. L'examen microscopique révèle des filaments mycéliens dans les lésions du tronc.

II.

ÉTUDE CLINIQUE.

Nous avons vu l'épidermophytie débuter dans l'aisselle (obs. 6, 7) ou sur le pied (obs. 10), mais, lorsqu'il existe une localisation inguinale, c'est habituellement dans cette dernière région qu'apparaissent les premiers symptômes.

Épidermophytie inguino-crurale.

L'affection débute par une petite tache arrondie érythémato-squameuse et prurigineuse siégeant chez l'homme, le plus souvent sur la face interne de la cuisse gauche, en raison de la présence des bourses, normalement en contact avec la racine de la cuisse gauche, ainsi que l'avait remarqué Hébra.

Les déclarations des malades, l'évolution ultérieure des lésions, plus fréquentes à gauche et lorsqu'elles sont bilatérales, leur extension plus marquée à gauche qu'à droite confirment cette manière de voir.

Dans un cas où nous avons observé le début sur la cuisse droite, nous avons pu nous rendre compte que le malade « portait à droite » depuis qu'il avait subi l'amputation de la cuisse gauche (obs. 16).

Chez la femme, dans le seul cas de localisation inguinale que nous avons observé, l'affection avait débuté à droite (obs. 10).

La tache primitive s'étend rapidement par sa périphérie et donne lieu, par son évolution, à un placard circiné monocyclique; mais parfois d'autres taches analogues naissent au voisinage, que leur développement respectif excentrique porte à la rencontre l'une de l'autre; il en résulte un placard unique à contour polycyclique ou festonné.

Ainsi l'éruption croissant rapidement couvre bientôt toute la partie supérieure de la surface interne de la cuisse. Elle gagne

le pli génito-crural, qu'elle franchit pour rayonner vers le scrotum et le périnée, s'étendant parfois jusqu'aux berges du sillon interfessier. En haut, l'éruption peut atteindre la région pubienne.

Le plus souvent, au cours de cette évolution, des lésions analogues se développent sur la cuisse opposée, qui progressent de la même manière. Lorsque le malade se décide à consulter, au bout de 15 jours ou 3 semaines, l'éruption offre un aspect variable.

Sur la cuisse :

L'éruption constitue une tache ou une plaque érythémato-squameuse régulière, circinée ou polycyclique, ordinairement bilatérale (tous nos malades, sauf l'un d'eux (obs. 9), présentaient des lésions bilatérales), plus étendue à gauche, ayant des dimensions nummulaires ou celles de la paume de la main, rarement celles de la main entière. Son siège est dans la zone immédiatement en contact avec le scrotum chez l'homme, les grandes lèvres chez la femme, qu'elle dépasse rarement.

L'aspect des plaques ne se présente pas toujours sous le type clinique décrit par Hébra sous le nom d'eczéma marginatum. Nous l'avons pourtant observé dans un certain nombre de cas.

a) Type marginé. — Dans ce type, le caractère qui frappe dès l'abord l'observateur, et qui est considéré par la plupart des auteurs comme un symptôme d'importance majeure dans le diagnostic, est le contraste entre la zone centrale et la zone périphérique de la plaque; contraste qui traduit cliniquement la guérison ou la régression des lésions centrales d'une part, le processus d'activité et de prolifération de la bordure d'autre part et qui se manifeste par une différence de coloration et de relief, le centre toujours pâle et terne, jaune ou bistre, paraissant déprimé par rapport à la bordure qui se relève en une marge érythémateuse, faisant une saillie légère, mais cependant appréciable à une palpation attentive. La largeur de cette marge peut atteindre 3 à 5 millimètres, parfois davantage.

Toutefois, dans nombre de cas (obs. 4, 5, 10, 14), nous avons vu la marge ne pas circonscrire la plaque d'une manière continue; en maints endroits, surtout en dehors et en haut, elle était

interrompue, et en ces points la délimitation du contour était beaucoup moins nette.

La fine vésiculation marginale, signalée comme constante par Hébra, Sabouraud, Photinos, niée par Fontrein dans sa thèse, nous l'avons quelquefois observée sous forme de vésicules, souvent très fines, semées à la partie interne de la marge (obs. 2, 9, 15, 17).

Mais son existence semble éphémère.

Dans la plupart des cas, en effet, nous n'avons pas vu de vésicules, mais un liséré squameux concentrique à la bordure et situé un peu en dedans d'elle, sur lequel on peut parfois distinguer de très fines collerettes de squames, vestiges de vésicules flétries.

Sur certaines plaques, enfin, il nous a été impossible, même avec le secours de la loupe, de découvrir trace de vésicules. Au surplus, le raclage avec un vaccinostyle ne faisait sourdre aucune goutte de liquide. Parfois, il existe plusieurs cercles de squames concentriques donnant une disposition en cocarde plus ou moins nette.

Assez souvent, nous avons constaté que sur le centre en régression l'épiderme était plissé comme le tissu nommé voile de crêpe. Ces plis semblent dus à la rétraction de l'épiderme, antérieurement distendu par le processus inflammatoire (obs. 3, 4, 14).

Parfois, la zone centrale de la plaque est parsemée de points plus rouges et saillants, entourant les orifices folliculaires (obs. 1, 10). On peut y voir aussi des rudiments de circinations ou des excoriations dues au grattage. Notre observation 13 a présenté des caractères anormaux que nous avons retrouvés dans une épidermophytie axillaire et thoracique (obs. 21) : « Les segments de cercle qui constituaient la marge saillante polycyclique, malgré la rencontre des segments voisins, avaient continué à s'étendre dans l'intérieur de la plaque, formant des cercles presque continus qui s'entrecoupaient. »

b) Type érythémato-lichénoïde. — Assez fréquemment la plaque inguino-crurale revêt un aspect non marginé tout différent du type décrit par Hébra (obs. 3, 5, 7, 8, 11).

Là, pas de marge saillante, pas de contraste entre la zone centrale et la périphérie, pas de vésiculation.

Sur toute sa surface, la plaque est homogène, uniformément érythémateuse, plus ou moins rouge et finement squameuse. Elle est souvent légèrement saillante par rapport à la peau saine.

Assez souvent l'épiderme est finement plissé, quadrillé, brillant, donnant l'impression d'un léger degré de lichénification. Le contour circiné ou multilobé ou festonné est généralement net comme s'il avait été tracé avec la pointe d'une aiguille, parfois il est moins bien délimité.

Sur ces plaques homogènes, on peut voir, ainsi que l'a signalé M. Thibierge, un liséré squameux blanchâtre immédiatement en dedans de la bordure; dans d'autres cas, la desquamation est minime, disséminée sur la surface de la plaque, circonstance qui peut rendre malaisé et aléatoire le diagnostic microscopique par l'examen des squames.

M. Sabouraud, dans son traité des teignes, signale ce type érythémateux comme une forme transitoire de début. Nous n'avons jamais assisté à sa transformation en eczéma marginé et nous l'avons observé chez des malades porteurs de leur éruption depuis 6 semaines ou 2 mois (obs. 12, 22). Il semble donc que l'épidermophytie puisse évoluer et persister sous cette forme sans que le centre se dégage.

Quelle est la cause de la persistance de cet état inflammatoire central, lequel s'accompagne souvent d'un état lichénoïde assez marqué? Peut-être faut-il incriminer le prurit particulièrement intense qui provoquerait des grattages et de la lichénisation consécutive, mais peut-être y a-t-il seulement une question de terrain ou une manifestation de la prédisposition individuelle à réagir plus activement et plus longuement.

Scrotum :

Les bourses sont toujours le siège d'une éruption que M. Thibierge décrit ainsi : « Sur le scrotum et sur les grandes lèvres, la lésion a un aspect différent, à peine accusé par une légère teinte rose; elle se manifeste par une desquamation mince et fine d'un blanc grisâtre, formant un contour arrondi ou sinueux et rappelant la teinte grise par laquelle se traduisent chez le

nègre la plupart des lésions cutanées. De semblables taches squameuses, de dimensions variées, peuvent se voir sur toute l'étendue du scrotum, voire sur la verge. »

Périnée :

La propagation de l'éruption au périnée, au pourtour de l'anus et aux berges du sillon interfessier, n'est pas rare, nous l'avons observée dans plus d'un tiers des cas (obs. 2, 8, 10).

Les lésions sont érythémateuses, peu squameuses, lisses au toucher, souvent remarquablement symétriques ; elles remontent jusqu'en haut du pli interfessier. Leur contour est nettement limité vers l'extérieur, « souvent marqué par un liséré de desquamation ».

Pubis :

Chez 3 de nos malades, les lésions inguinales bilatérales, allant à la rencontre l'une de l'autre, se réunissaient au-dessus du pubis, couvrant la zone des poils dont elles dépassaient la lisière, formant une vaste nappe qui encadrait la région anogénitale et réalisait le tableau clinique dressé par Hébra (obs. 3, 4, 10).

Les poils ne présentent aucune altération et ne sont jamais envahis par les parasites.

Nous avons eu l'occasion d'observer l'épidermophytie chez un malgache. La localisation et la configuration des lésions n'offraient rien de particulier, mais l'érythème était remplacé par une teinte générale grisâtre. Les squames très abondantes, blanches et luisantes, tranchaient remarquablement sur l'épiderme pigmenté du sujet. Le fait est d'ailleurs habituel chez les hommes de couleur : la desquamation présente toujours une coloration blanche qui la rend très apparente.

Chez la femme :

L'épidermophytie inguino-crurale s'observe beaucoup moins fréquemment que chez l'homme. L'aspect des lésions est analogue. Les plaques ordinairement symétriques occupent la surface des cuisses en contact avec les grandes lèvres, qui sont généralement le siège d'une desquamation fine et blanchâtre, sans rougeur bien marquée.

Épidermophytie axillaire.

L'épidermophytie axillaire tantôt coexiste avec l'épidermophytie inguinale, à laquelle elle est secondaire, tantôt elle est primitive et constitue la seule localisation de la maladie (obs. 6, 7, 8, 9, 10).

L'aisselle semble être un lieu d'élection de l'épidermophytie chez la femme : parmi les 4 femmes que nous avons eu l'occasion d'observer, 3 avaient une localisation axillaire, qui dans 2 cas était la seule manifestation de l'affection.

Les taches siègent sur la paroi thoracique et sur la paroi brachiale du creux, volontiers symétriques, et se recouvrant dans la flexion du bras. Elles peuvent déborder sur le thorax.

Souvent multiples, ces taches ne s'étendent pas si rapidement que dans la région inguinale et donnent rarement lieu à des placards d'un aussi grand développement.

Tantôt elles ont l'aspect de l'herpès circiné, forme arrondie, centre dégagé, bordure saillante rouge et vésiculeuse, tantôt elles sont uniformément rouges, ressemblant à de l'eczéma séborrhéique, mais leurs contours sont plus nets. La desquamation est en général peu marquée et disséminée.

Épidermophyties de la peau vague.

Taches aberrantes.

Si l'épidermophyton inguinale trouve dans les plis des conditions particulièrement favorables à sa végétation, il n'est pas rare cependant qu'il se fixe sur la peau vague.

Hébra avait déjà remarqué la présence de taches aberrantes au voisinage du placard d'eczéma marginatum. Foutrein et Sabouraud les mentionnent également.

Elles peuvent aussi se développer à distance du foyer initial. Alexander, en 1913, a observé 3 cas de formes atypiques disséminées sur tout le corps. Vignolo Lutati signale des localisations très distantes du pli inguinal. Teive a vu une éruption siéger sur le front. Deux auteurs américains, M. Weiss et le professeur

White, rapportent chacun un cas où ils ont vu le champignon dans des lésions du cuir chevelu sous forme de « petites papules formant des marginations avec effacement au centre ».

Mais ces faits sont d'une manière générale considérés comme exceptionnels, et Nicolau de Bucarest, qui signale 2 fois ces lésions aberrantes sur 35 cas d'épidermophytie, écrit que l'affection peut exceptionnellement ensemencer la peau vague.

M. Pautrier, *Annales de dermatologie* (septembre 1919), rapporte 2 observations de localisation hors des plis de l'épidermophyton inguinale dans lesquelles les taches aberrantes affectent le type eczématoïde décrit par Sabouraud et sont recouvertes de squames abondantes, épaisses, humides et grasses, parsemées de vésico-pustules.

Enfin M. Thibierge (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1919) mentionne la fréquence des lésions du tronc et des membres qu'il a constatées dans plus d'un tiers des cas.

Dans les 23 observations que nous relatons, 15 fois nous avons trouvé des lésions aberrantes voisines ou distantes du foyer initial, occupant par ordre de fréquence les cuisses, le tronc, les fesses et le membre supérieur. Ces éléments aberrants sont parasites; dans la moitié des cas nous y avons décelé des filaments mycéliens.

Ces lésions aberrantes se présentent sous forme de taches nummulaires, en général peu nombreuses; parfois il n'en existe qu'une ou deux ayant les dimensions d'une pièce de 1 ou de 2 francs, rarement celles d'une pièce de 5 francs; elles n'atteignent jamais à un développement comparable à celui de l'éruption inguinale. Souvent, sur le même sujet, les éléments sont de dimensions inégales. Ils peuvent être isolés ou groupés en petit nombre, 2 ou 3, occupant surtout les cuisses.

Les taches sont légèrement saillantes par rapport à la peau saine, leur coloration est uniformément rouge sombre ou jaune foncé. Elles sont souvent très squameuses, la desquamation irrégulière, disséminée sur toute la surface, est souvent plus épaisse et plus grasse que sur les placards inguinaux, parfois psoriasiforme, et varie suivant les régions. Le contour des éléments aberrants est orbiculaire, toujours nettement délimité.

Ces taches ne semblent pas avoir une tendance marquée à progresser excentriquement ; souvent des éléments voisins restent sans confluer. Tel est l'aspect qu'on observe le plus habituellement. Plus rarement, on peut voir des éléments aberrants plus volumineux, à centre régressif et présentant une bordure saillante rouge et vésiculeuse. En somme, l'aspect des lésions aberrantes peut être exceptionnellement celui de la tricophytie circinée ; plus souvent elles rappellent celui de l'eczéma nummulaire ou séborrhéique.

Les taches aberrantes sont presque toujours secondaires à des lésions des plis et elles n'apparaissent que lorsque l'éruption primitive dure déjà depuis un certain temps. Elles sont peu ou pas prurigineuses et sont ordinairement ignorées des malades. Sous l'action du traitement, elles s'éteignent plus rapidement que les lésions des plis.

Ces lésions siègent le plus fréquemment sur la partie inférieure des cuisses ou sur les fesses, revêtant le type de l'eczéma nummulaire. On les observe aussi au membre supérieur, dans la région pubienne, et au membre inférieur. Nous ne les avons jamais vu occuper la face ou le cuir chevelu, ainsi que l'ont signalé certains auteurs. Enfin, sur le tronc, les taches aberrantes peuvent dans certains cas présenter un aspect spécial et constituer par leur abondance et par leur morphologie particulière une véritable éruption atypique.

Épidermophyties atypiques du tronc.

Chez 5 de nos malades (obs. 19, 20, 21, 22, 23), il existait, en dehors des lésions des plis, une éruption profuse, siégeant sur le tronc et constituée par des éléments offrant un aspect tout à fait différent de celui que prennent habituellement les taches de l'épidermophytie. De tels éléments seraient susceptibles de laisser errer le diagnostic, si la présence de lésions inguinales ou axillaires ne mettaient l'observateur sur la voie de l'épidermophytie.

Nous avons vu ces taches très nombreuses siéger sur le tronc, abdomen, thorax, flanc, dos, cou. Elles peuvent occuper la cicatrice ombilicale. Leur polymorphisme est très accusé et elles

varient d'aspect, non seulement d'un malade à l'autre, mais aussi sur le même sujet. Chez l'un d'eux (obs. 23), à côté d'un grand nombre de petites taches lenticulaires, on remarquait 2 éléments plus volumineux qui semblaient avoir donné naissance aux éléments plus petits.

Tantôt, de dimensions nummulaires, les lésions sont sèches et poudreuses, de coloration bistre ou jaune, présentant une fine desquamation pityriasique. Leurs contours nets offrent parfois une margination terne, effacée, et elles éveillent l'idée du pityriasis marginé de Vidal, que cet auteur avait d'ailleurs décrit comme une affection parasitaire. Parfois la marge est plus accentuée, plus rouge et plus saillante; l'aspect est celui d'un herpès circiné.

Tantôt elles sont érythémateuses, leur couleur plus vive, et leur contour régulier est marqué par une fine collerette squameuse ininterrompue (obs. 20).

Tantôt elles sont rosées ou jaunâtres, très squameuses, de configuration parfois irrégulière, simulant l'eczéma séborrhéique; elles peuvent être de petites dimensions lenticulaires (obs. 22, 23).

Le plus souvent ces taches sont disséminées sans ordre sur le tronc : chez un malade (obs. 23), elles formaient de petits groupes affectant une remarquable disposition en ceinture au niveau d'un plan horizontal passant par l'ombilic. Ces éléments du tronc n'ont pas de tendance à s'étendre, mais plutôt à se multiplier rapidement.

Les lésions sont superficielles, l'éruption est terne, atténuée, pour ainsi dire « à fleur de peau ».

Il semble que le parasite s'adapte difficilement à la peau vague et qu'il y végète avec peine. Les lésions disparaissent d'ailleurs rapidement sous l'action du traitement. Le prurit est nul ou insignifiant.

Dans son ensemble, l'éruption simule un eczéma séborrhéique ou un pityriasis rosé de Gibert, et chez nos malades nous avons dû nous demander s'il n'y avait pas coïncidence d'une de ces affections avec une épidermophytie des plis.

Mais nous avons ensemencé et examiné séparément les squames des lésions des plis et celles du tronc : or, dans 3 cas sur 5, nous avons pu, soit par l'examen microscopique, soit par

la culture, mettre en évidence le parasite dans les lésions du tronc (obs. 20, 21, 23). Dans les 2 autres cas, nous étayons notre diagnostic sur la présence de lésions inguinales épidermophytiques d'une part, sur le résultat favorable du traitement iodé d'autre part.

Chez nos malades, l'infection du tronc était nettement secondaire à une épidermophytie des plis coexistante :

L'un d'eux avait son éruption inguinale depuis plus de 2 mois lorsque sont apparues les lésions du tronc.

Chez un autre, l'éruption du tronc s'était développée sous un corset plâtré appliqué depuis 4 mois pour l'immobilisation d'un mal de Pott dorsal.

Dans un 3e cas, les antécédents et l'examen général du malade nous ont révélé un passé pathologique chargé et des troubles organiques graves (anémie, paludisme, troubles mentaux, myélite chronique, paraplégie, aphasie).

Ainsi, par ces différents ordres de facteurs, peut s'expliquer l'extension anormale de l'épidermophytie des plis à des régions qui n'offrent pas habituellement des conditions favorables à son développement.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer d'épidermophytie de la peau vague sans lésions concomitantes des plis, mais deux auteurs ont à notre connaissance signalé l'existence de tels cas.

M. Nicolau de Bucarest, dans *Annales de dermatologie* (page 65, 1913), rapporte le cas d'un enfant de 4 ans chez lequel « les lésions occupaient exclusivement la peau du corps, sans aucune trace de lésions dans un pli quelconque. Ce diagnostic clinique de ces localisations cutanées exclusives est des plus malaisés, rien dans l'aspect des lésions ne rappelant l'eczéma marginatum tel qu'il se présente dans les plis ».

M. le Dr Vallé, médecin-major de la marine italienne, publie l'étude d'un cas d'épidermophytie maculeuse disséminée simulant le pityriasis rosé de Gibert chez un canonnier de 22 ans. M. Vallé a pu, non sans peine, déceler le parasite dans les squames et obtenir une culture qu'il identifie à l'épidermophyton inguinale de Sabouraud. Fait digne de remarque, le même sujet, guéri de son épidermophytie du tronc, présenta une « tinea cruris » typique 7 mois après.

Tout récemment enfin, le Dr Ormsby (*Journal of cutaneous diseases*, décembre 1919) dit avoir observé un cas d'épidermophytie généralisée à tout le corps. L'éruption offrait l'aspect du parapsoriasis de Brocq et elle a duré 6 ans.

Épidermophytie des extrémités.

L'existence d'une localisation de l'épidermophytie aux extrémités a été mise en évidence par M. Sabouraud (sur l'existence fréquente d'un soi-disant eczéma des doigts et des orteils dû à l'épidermophyton inguinale, *Annales de dermatologie*, 1910), qui a retrouvé l'épidermophyton dans des lésions eczématoïdes siégeant entre les orteils, s'étendant sur la plante et respectant généralement le dos du pied, lésions qu'il décrit ainsi : « Au fond du pli, on trouve une sorte de magma caséeux, blanc, facile à enlever par raclage. Au-dessous, l'épiderme est blanc, brillant, humide, macéré, très épaissi..... A mesure qu'on s'éloigne du fond du pli, la lésion devient plus nettement vésiculeuse..... Lorsque ces vésicules sont parvenues à maturité, elles sèchent et s'exfolient, mais d'autres se reforment et l'éruption se perpétue..... Les lésions, plus eczématiques que tricophytoïdes, s'arrêtent à la saillie plantaire..... Sur le dos du pied, elles peuvent remonter jusqu'à 3 et 5 centimètres au-dessus du pli interdigital..... Les plis s'échauffent, la démangeaison est vive. — Aux mains, les lésions étaient eczématiformes et certaines dyshidroïques. C'était, sur les faces latérales de tous les doigts, des vésicules irrégulières, disséminées sans aucun ordre, ne formant pas trace de cercles. »

A. Whitfield (*British journ. of derm.*, 1911) rapporte 7 cas d'épidermophytie simulant l'eczéma aigu des mains et des pieds.

Pour Nicolau, qui a observé 6 cas d'épidermophytie des extrémités confirmés par la culture, les lésions n'ont aucune analogie avec celles observées dans les autres plis; elles ne rappellent pas non plus l'aspect des lésions tricophytiques décrites par Djelaleddin-Mouktar, 1892. L'éruption simule un intertrigo interdigital ou mieux un eczéma dyshidroïque.

Le P. White (*The question of epidermophyton infection*,

Journal of cutaneous diseases, août 1919) aurait observé plus de 80 fois l'épidermophytie des extrémités sur un total de 192 cas, tantôt constituant la seule localisation de l'affection, tantôt coexistant avec une éruption des plis.

Toutefois, il subsiste un doute sur la nature du parasite en cause dans ces cas, qui ne sont étayés ni sur l'examen microscopique, ni sur la culture, l'auteur ayant constamment échoué dans ces tentatives, ainsi qu'il l'écrit lui-même : « In these endeavors I have utterly and repeatedly failed. »

Enfin, tout récemment, l'existence de la dyshidrose de Tilbury Fox a été révoquée en doute en tant qu'entité nosologique distincte par le Dr Ota et par M. Darier.

M. Ota (*Uber das Wesen der Dyshidrosis*, *Japanische Zeitschrift für dermatologie u. urologie*, janvier 1918), à la clinique dermatologique de Moukden, a observé 14 cas de dyshidrose parasitaire des mains et des pieds ; 10 fois l'auteur a pu cultiver des champignons qui se présentaient sous 2 types :

L'un, trouvé 9 fois, d'aspect blanc, pulvérulent ou duveteux, qui prenait fréquemment une teinte rouge pâle ou jaune à peine marquée ; l'autre, trouvé 1 fois, blanc et à long duvet. L'auteur conclut que la dyshidrose doit être rangée non plus parmi les eczémas, mais parmi les dermatomycoses, et il ajoute : « La classification des champignons, leurs propriétés mycologiques et leur étude expérimentale feront l'objet de nos prochains travaux sur cette question. »

Nous n'avons pu nous procurer les travaux ultérieurs de M. Ota, en sorte que nous ne savons pas si les champignons qu'il a cultivés l'auteur les identifie à des espèces déjà connues, telles que l'épidermophyton inguinale, ou s'il s'agit d'espèces nouvelles.

M. Darier (*Dyshidrosis, its parasitic nature*, *the lancet*, septembre 1919) rapporte que, sur 20 cas de dyshidrose des mains et des pieds, il a pu 14 fois mettre en évidence les filaments mycéliens dans les déchets épidermiques.

Il conclut que la dyshidrose de T. Fox ne constitue pas une affection distincte, mais un syndrome dyshidrosiforme qui ressortirait le plus souvent à une épidermomycose.

Au cours de ce travail, nous avons eu l'occasion d'observer

une dizaine de cas d'eczéma interdigital ou de dyshidrose. Chez ces malades, et bien que nous l'ayons recherché, nous n'avons jamais observé une éruption dans les grands plis.

Par contre, nous avons vu une fois une dyshidrose des mains (obs. 11) chez un malade qui venait consulter pour une épidermophytie inguinale.

Sur 192 cas, White a relevé 11 fois la coexistence de lésions des plis et des extrémités.

Nos investigations ont porté sur une dizaine de malades; 3 fois nous avons pu voir des filaments mycéliens dans les matériaux d'examen, mais la culture n'a pas poussé.

Dans ces 3 cas, l'affection était parasitaire, le parasite étant inconnu.

Dans tous les autres cas, nous avons échoué aussi bien dans l'examen microscopique que dans la culture.

Du fait que nos investigations culturales sont demeurées infructueuses, nous ne possédons aucune base susceptible d'étayer un diagnostic d'épidermophytie, nous ne saurions pourtant en éliminer la possibilité.

La rareté du mycélium dans les déchets épidermiques, signalée par M. Darier et M. Sabouraud, rend problématique la réussite des cultures.

D'autre part, les espaces interdigitaux donnent asile à des microbes et des mycrophites divers qui, se développant abondamment à la surface de la gélose nutritive, sont susceptibles d'entraver ou de masquer le développement de l'épidermophyton inguinale dont la vitalité est infiniment moindre.

Quoi qu'il en soit, un fait a été établi par M. Sabouraud, confirmé par Whitfield et Nicolau : l'épidermophyton inguinale est l'agent causal d'un grand nombre d'eczémas intertrigineux des espaces interdigitaux.

Un autre fait a été établi par M. Ota et par M. Darier : la nature souvent parasitaire du syndrome dyshidrosiforme.

Or, en lisant les descriptions faites par M. Sabouraud et Nicolau de l'épidermophytie interdigitale, il est frappant de constater combien ces descriptions se rapprochent du tableau clinique de la dyshidrose.

M. Nicolau insiste même sur l'aspect plus dyshidrosique

qu'eczématique des lésions et il écrit : « On pourrait même dire que la lésion élémentaire est une vésicule dyshidrosiforme; rien ne rappelle l'aspect d'une lésion tricophytique. »

En présence de la concordance de ces faits et étant donnée la prédilection avérée de l'épidermophyton pour les plis, il semble logique d'admettre que, d'une part, l'épidermophytie des extrémités se présente sous l'aspect d'une dyshidrose interdigitale plus ou moins eczématisée et plus ou moins infectée et que, d'autre part, la dyshidrose, lorsqu'elle est parasitaire et qu'elle occupe les plis et espaces interdigitaux, peut reconnaître pour cause l'épidermophyton inguinale.

Toutefois, il ne semble pas que l'épidermophyton inguinale soit seul capable de produire des lésions épidermophytiques des extrémités, car le Dr Cole, d'une part (*Journal of cutaneous diseases*, décembre 1919), a souvent vu l'épidermophytie des pieds due au tricophyton violaceum, lequel aurait été également trouvé par d'autres dans les aisselles et dans les aines; le Dr Ota, d'autre part, a cultivé 2 espèces différentes de champignons dans les cas de dyshidrose parasitaire des extrémités qu'il a étudiés; enfin, MM. Gougerot et Gancea, 1914, ainsi que MM. Hudelo et Montlaur, ont signalé des épidermomycoses interdigitales dues à un parasite du genre des levures.

Signes fonctionnels.

Le prurit est à peu près le seul symptôme fonctionnel de l'épidermophytie, mais il prend parfois une importance capitale. Il prédomine à la région inguinale et sur le scrotum; il est moins marqué dans l'aisselle, insignifiant ou presque nul sur la peau vague.

Son intensité est variable surtout suivant les sujets. Certains malades d'hôpital accusent à peine quelques démangeaisons nocturnes. Chez d'autres, le sommeil est troublé.

Ce sont surtout les gens du monde et les intellectuels qui y sont prédisposés.

Chez presque tous les épidermophytiques qu'il a soignés dans sa clientèle, M. Thibierge a noté un prurit intense et tenace persistant même après la disparition des symptômes éruptifs et

nécessitant un traitement spécial, témoin cette observation extraite de ses notes dont il a bien voulu nous autoriser à faire état : « J'ai vu en 1913 une épidermophytie inguinale typique accompagnée de prurit très intense et rebelle pour lequel j'ai dû faire faire des séances de haute fréquence chez un homme de la haute aristocratie, d'une propreté méticuleuse, chez lequel les précautions corporelles étaient poussées jusqu'à la manie, à telle enseigne que, pour éviter de se salir les mains, il mettait des gants pour lire son journal. »

Nicolau signale également l'intensité du prurit qu'il a vu chez des gens de la classe aisée provoquer des névrodermites tenaces.

III.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic d'épidermophytie présente des difficultés variables suivant la localisation de l'affection.

Épidermophytie inguino-crurale.

Dans la région inguinale, il est le plus facile et peut s'appuyer sur différents ordres de faits :

1° L'existence d'une plaque prurigineuse, érythémato-squameuse, sèche, à centre régressif ou non, à bordure nette, circinée ou polycyclique, marginée ou non et lisérée par une collerette squameuse blanchâtre concentrique à la bordure.

2° Le siège crural correspondant à la zone d'application du scrotum ou des grandes lèvres.

3° La bilatéralité presque constante de l'éruption et ses dimensions plus grandes du côté gauche.

4° La présence d'un érythème et d'une desquamation diffus sur le scrotum, la propagation fréquente au périnée et symétriquement aux berges du sillon interfessier.

5° L'évolution excentrique rapide des lésions.

6° L'existence fréquente de taches aberrantes.

7° La présence de filaments mycéliens dans les squames de la bordure.

Il importe d'éliminer quelques affections qui, lorsqu'elles siègent à la face interne de la cuisse, peuvent au premier abord simuler une épidermophytie ; telles sont :

Un psoriasis décapé ; mais, outre les signes fournis par le grattage et l'examen des lieux d'élection, l'aspect est plus brillant et plus lisse, le prurit moins marqué, l'évolution plus longue.

Le lichen circonscrit peut aussi prêter à confusion avec cer-

taines formes d'épidermophyties qui ont subi un léger degré de lichénisation ; l'absence de liséré squameux ou de marge, l'aspect plus brillant, le quadrillage plus accusé, la longue durée de l'affection et la lenteur de son évolution faciliteront le diagnostic.

Nous avons vu une fois une syphilide tertiaire squameuse rappeler l'épidermophytie par son siège, son polycyclisme, sa régression centrale, sa bordure saillante véritablement marginée. Mais l'infiltration des lésions et la présence de quelques tubercules ont suffi à orienter le diagnostic.

Ce sont là des diagnostics d'exception.

Deux affections, du fait de leur localisation habituelle au pli inguinal, ont été longtemps confondues avec l'eczéma marginé par les auteurs anciens, ainsi que l'avaient remarqué Hardy et Besnier : l'érythrasma et l'intertrigo.

L'érythrasma se présente sous forme de plaques au pli génito-crural. Habituellement, la teinte pâle, café au lait, la desquamation très fine, à peine visible, les bords finement dentelés et surtout l'absence presque complète de signes subjectifs, l'insidiosité et la lenteur d'évolution de la maladie constituent des caractères susceptibles d'éviter une erreur à un observateur averti. L'érythrasma peut cependant exceptionnellement revêtir une allure moins torpide et nécessiter un examen microscopique qui tranchera le diagnostic : le microsporon minutissimum, visible seulement à de forts grossissements, ne peut être confondu avec les filaments mycéliens de l'épidermophyton inguinale.

L'érythème intertrigo affecte volontiers les plis inguinaux des sujets obèses. Ses contours sont diffus, émiettés, tout à fait différents de la bordure régulière de l'épidermophytie. Il s'infecte facilement, provoquant des folliculites ou des pyodermites et peut se transformer en eczéma, donnant lieu à un suintement assez abondant qui se concrète en croûtes jaunâtres. En cas de doute et avant d'instituer un traitement iodé, irritant, il conviendrait de s'assurer de la présence des filaments mycéliens.

Nous avons vu une fois le pityriasis versicolore siéger exclusivement à la région inguinale.

Dans ce cas particulier, la teinte rosée, inhabituelle dans cette affection, le siège exclusif et symétrique à la face interne de la racine des cuisses, le peu de netteté du signe du copeau pouvaient prêter à confusion avec l'épidermophytie. Mais la lenteur de l'évolution, les petites dimensions des taches, à peine grandes comme une pièce de 2 francs, alors qu'elles persistaient depuis plus de 10 mois, les bords irréguliers, la desquamation farineuse et à peine marquée, l'absence de prurit étaient en faveur du pityriasis versicolore. En cas de doute, l'examen microscopique montre des spores abondantes, souvent agglutinées en amas, et des filaments mycéliens.

La tricophytie peut siéger dans le pli inguinal.

Nous l'avons observée, notamment chez un malade porteur d'un sycosis tricophytique de la barbe et dans un autre cas.

Les lésions se présentaient sur la face interne de la cuisse gauche, sous forme de taches d'herpès circiné arrondies ou ovalaires.

Elles étaient multiples, de petites dimensions, distinctes et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine au lieu de former un placard unique de grande envergure comme l'eczéma marginatum. Ordinairement, les lésions ne sont pas symétriques et n'occupent pas la portion de la face interne de la cuisse qui est en rapport avec le scrotum.

D'une manière générale, à la région inguinale, les symptômes cliniques sont assez caractéristiques pour porter le diagnostic de l'épidermophytie, qui pourra être confirmé par l'examen microscopique et la culture.

Épidermophytie axillaire.

Dans l'aisselle, le diagnostic est souvent plus délicat, en raison de ce fait que l'épidermophytie présente un aspect beaucoup moins caractéristique qu'à la région inguinale. En dehors des affections mentionnées et qui peuvent siéger dans l'aisselle, l'épidermophytie peut se confondre avec l'eczéma séborrhéique, fréquent au creux axillaire; les éléments du diagnostic sont les mêmes que dans la forme suivante.

Épidermophytie du tronc.

Nous avons vu que l'épidermophytie pouvait simuler dans ces régions diverses affections :

L'eczéma séborrhéique a un siège de prédilection à la face antérieure du thorax. Il peut procéder par poussées et récidiver fréquemment ou persister longtemps sous le même aspect. Les taches sont moins sèches, onctueuses au toucher. La desquamation est plus épaisse et plus grasse et peut se concréter en squames croûtes jaunâtres.

Le pityriasis rosé de Gibert est simulé de très près par les formes d'épidermophytie du tronc, dont il diffère cependant par son évolution et la manière dont il se comporte vis-à-vis des traitements irritants tels que l'application d'alcool iodé. La notion du médaillon initial, les contours irréguliers des taches rosées, l'absence de prurit sont en faveur du pityriasis rosé. Au contraire, dans l'épidermophytie, à côté de taches simulant le pityriasis rosé ou l'eczéma séborrhéique, on en trouvera d'autres dont la bordure marginée et polycyclique, le centre déprimé, éveilleront l'idée d'un herpès circiné; les éléments sont généralement moins nombreux, de coloration plus rouge ; leur évolution est plus rapide.

A vrai dire, ce qui fera surtout penser à l'épidermophytie c'est la présence de lésions des plis, et l'examen microscopique des squames ainsi que la culture trancheront le diagnostic. Si, en pareil cas, on ne trouve pas de parasites dans les lésions du tronc, alors que les lésions inguinales ont été reconnues épidermophytiques, le problème se pose de la coexistence de deux affections différentes, mais la notion de l'existence d'épidermophyties aberrantes du tronc confirmées par la culture plaide manifestement en faveur de la solution la plus simple. Si les lésions des plis manquent comme dans les cas signalés par Nicolau et Vallé, le diagnostic devient très malaisé, et il faudra une circonstance fortuite telle que la notion d'une épidémie ou d'une contagion possible pour orienter le clinicien vers l'épidermophytie.

Enfin, en cas d'absence de lésions des plis, le diagnostic avec

la tricophytie et la microsporie ne pourra être fourni avec certitude que par la culture, l'examen microscopique des squames ne permettant pas de distinguer les filaments mycéliens d'un tricophyton de ceux de l'épidermophyton.

Épidermophytie des extrémités.

Le diagnostic de l'épidermophytie des extrémités est théoriquement subordonné à la découverte du parasite dans les déchets épidermiques.

Néanmoins, étant données les difficultés inhérentes à sa recherche, on doit, d'après M. Durier, poser le diagnostic d'épidermophytie et traiter comme tels les cas d'éruption dyshidrosiforme des espaces interdigitaux dans lesquels, par l'interrogatoire, les commémoratifs et l'examen du sujet, on aura pu se convaincre qu'il ne s'agit pas d'une dermite artificielle, professionnelle ou médicamenteuse.

IV.

FRÉQUENCE.

Le nombre des cas d'épidermophytie publiés au cours de ces dernières années montre que l'affection, considérée comme « constituant une rareté dans les pays tempérés » (Frèche, 1897), a notablement augmenté de fréquence.

Lilas Fontrein, en 1895, au moment où il écrivit sa thèse « sur une épidémie de tricophytie inguinale », ne connaissait en France que les six cas de Balzer.

Sabouraud, dans son traité des teignes, pour la période qui s'étend depuis la description de l'eczéma marginatum par Hébra 1860, jusqu'en 1910, en relate une cinquantaine de cas dus à Hébra et ses élèves, à Fox 1878, Balzer 1885, Dubreuilh et Fontrein, Frèche 1897, Photinos 1906, Sabouraud, et qui, pour la plupart, ont été observés au cours d'épidémies.

Il signale cependant que la maladie s'observe assez souvent sporadique à l'état de cas isolé sans qu'il soit possible de connaître son origine et sans qu'elle montre sa transmissibilité.

A partir de la publication du mémoire de M. Sabouraud « sur l'eczéma marginatum de Hébra et son parasite », les cas se montrent plus nombreux.

Vignolo Lutati signale 12 cas d'épidermophytie sur 198 teignes, Dalla Favera 14 cas, Alexander 8 cas, Mibelli 1911, Whitfield 1912 en rapportent des observations.

En 1913, Nicolau, en un article paru dans les *Annales de dermatologie*, 1913, en relate 35 cas.

Brault d'Alger constate les progrès de l'affection et en rapporte 14 cas observés ainsi :

1912	1 cas
1913	4 cas
1914	9 cas

C'est surtout pendant la guerre que la fréquence de l'épider-

mophytie s'est accrue dans des proportions importantes. M. Pautrier, dans un centre dermatologique, en a vu une cinquantaine de cas.

Des publications américaines mettent aussi en lumière l'augmentation croissante de l'affection pendant la guerre.

A l'hôpital militaire du camp Travis, le Dr W. H. Guy a observé, en 1918, 337 épidermomycoses, dont 120 tinea cruris, sur un total de 2,650 dermatoses.

Le Dr Hutchinson, à l'hôpital militaire du camp Pike Ark, a compté 51 épidermophyties sur 450 dermatoses.

Enfin, le professeur Ch. White, de l'Université de Harvard, fournit une statistique de 192 cas d'épidermophytie que nous reproduisons, car elle montre la progression annuelle de la maladie :

1910	3 cas	1915	17 cas
1911	5 cas	1916	21 cas
1912	11 cas	1917	25 cas
1913	14 cas	1918	31 cas
1914	20 cas	1919	45 cas

La simple comparaison de deux statistiques parisiennes publiées à 10 ans d'intervalle suffit à mettre en relief l'augmentation de fréquence de l'épidermophytie :

De 1907 à 1909, M. Sabouraud (les Teignes) trouve 6 cas d'épidermophytie sur 46 épidermomycoses : 13 %.

De 1917 à 1919, M. Thibierge, à sa consultation militaire de l'hôpital Saint-Louis, sur 125 mycoses cutanées, trouve 85 cas d'épidermophytie : 68 %.

Le même auteur en a, en outre, observé 20 cas à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et 15 cas au même hôpital parmi les étudiants en médecine qui y étaient casernés.

Fréquente à l'hôpital et chez les soldats, l'épidermophytie ne l'est pas moins dans la classe aisée.

M. Thibierge, dans sa clientèle, en a soigné une cinquantaine de cas avec une fréquence croissante depuis 1916, parmi lesquels nous avons relevé une majorité de militaires, pour la plupart des officiers, une dame de la Croix-Rouge et des gens d'une propreté méticuleuse.

Deux de ces malades avaient contracté leur éruption en

Alsace, où l'affection très fréquente, selon l'un d'eux, officier au G. Q. G., était attribuée par les Alsaciens aux ingrédients dont les Allemands se servaient pour laver le linge.

Si l'on en croit le même auteur, la maladie était aussi très répandue en Allemagne.

Il serait intéressant de connaître quelle est la fréquence relative des différentes localisations de l'épidermophytie.

Notre observation porte sur un nombre de cas trop restreint pour que nous puissions en tirer une induction statistique légitime.

Le professeur White donne les chiffres suivants sur un total de 192 cas :

Siège :

Cuisses	63	Cuisses et aisselles	17
Pieds seulement	33	Aisselles seulement	11
Pieds et mains seulement	22	Cuisses et pieds seulement	5
Mains seulement	21	Cuisses et mains seulement	3

V.

ÉTIOLOGIE.

La cause déterminante de l'épidermophytie est un champignon parasite : l'épidermophyton inguinale (Sabouraud 1907).

Le mode de transmission du parasite semble moins bien établi.

En interrogeant les malades, on retrouve la plupart du temps des facteurs communs de nature à mettre en lumière la source de la contamination.

La plupart des auteurs signalent que l'affection s'observe beaucoup plus fréquemment chez les militaires.

Parmi nos 19 malades hommes, 12 étaient militaires, d'autres venaient d'être démobilisés récemment.

Parmi les 7 civils, 3 exerçaient la professions d'employés de commerce et voyageaient souvent, un autre était employé de chemin de fer.

Enfin, 6 malades avaient contracté leur affection à l'hôpital ou y avaient séjourné peu de temps avant l'apparition des symptômes.

Les malades de ces diverses catégories avaient été exposés à des promiscuités, les militaires du fait des déplacements fréquents pendant la guerre et du passage dans les cantonnements, les autres du fait de leur séjour dans les hôpitaux ou les hôtels.

Dans tous ces cas, il est un facteur commun qui semble pouvoir être incriminé : le contact avec des linges ou des draps de lit hâtivement désinfectés et insuffisamment séchés, ainsi que cela s'observe fréquemment dans les cantonnements, les hôpitaux ou les hôtels. Il est possible que le parasite semé avec ses squames dans les draps de lit par un épidermophytique puisse garder son pouvoir germinatif s'il trouve des conditions ambiantes favorables. Or, l'épidermophyton inguinale, si l'on en juge par sa prédilection pour les plis, semble particulièrement favorisé par l'humidité, la chaleur, l'absence de lumière et d'oxygène; toutes ces conditions, il les trouvera sur le linge et dans les draps de lit, pour peu qu'ils soient humides, et il pourra ainsi rester capable de se fixer sur un nouvel hôte de passage.

M. Thibierge a observé dans sa clientèle un cas démonstratif de contamination hôtelière qu'il a bien voulu nous communiquer : « J'ai observé en 1918, dit-il, un cas d'épidermophytie inguinale typique chez un étranger de la plus haute distinction, prenant journellement les soins de propreté les plus minutieux. Ce personnage avait contracté la maladie pendant un séjour à Londres, où il habitait un des premiers hôtels de la ville et où il n'avait pas eu de rapports sexuels. Avant son départ pour Londres, je l'avais déjà soigné à Paris, et, s'il avait présenté la moindre éruption, il n'aurait pas manqué de me la montrer. »

D'autre part, dans le *Journal of cutaneous diseases*, décembre 1919, le Dr Little cite un cas curieux de contamination par le linge. Un soldat de l'armée américaine a contaminé son père, bien que n'ayant pas eu de contact avec lui. Mais tous deux faisaient laver leur linge à la même blanchisserie et le père porta une chemise de flanelle qui appartenait à son fils. Dans la même publication, nous relevons l'opinion du Dr Haase qui incline à penser que l'infection épidermophytique des pieds, très fréquente dans l'armée américaine, était répandue par les souliers portés préalablement par d'autres.

Il semble donc que le linge, déjà incriminé par Fox et Fontrein comme facteur d'épidémie, puisse être également rendu responsable de la contamination sporadique.

La contagion par rapports sexuels a été signalée par Perrin, Lesseliers et Thibierge, qui rapporte le cas d'un militaire ayant contaminé sa maîtresse, laquelle, à son tour, a contaminé une amie.

Nous avons, pour notre part, observé un cas de contagion conjugale : la femme (obs. 7) a présenté une tache axillaire 3 semaines après le retour au foyer conjugal de son mari atteint d'épidermophytie depuis 3 mois (obs. 22).

Ici la période d'incubation aurait duré 3 semaines si l'on admet que le premier contact a été infectant. Cette durée correspond sensiblement au temps que met le champignon à se développer lorsqu'on l'a ensemencé sur un tube de culture.

Les rapports sexuels sont-ils véritablement et directement responsables du contage ou ne faut-il pas plutôt incriminer les draps du lit conjugal, ramenant ainsi la contagion par rapports sexuels à la contamination par le linge?

Le départ entre ces deux facteurs de contagion, généralement associés, est difficile à préciser; toutefois, l'existence de cas de contagion familiale signalés par Fox, la notion des épidémies de chambrée signalées dans les collèges par différents auteurs, la fréquence des épidermophyties axillaires chez la femme et les épidermophyties des extrémités ne plaident pas en faveur de la contagion sexuelle en tant que telle. Au surplus, la transmission de l'épidermophytie entre époux est exceptionnelle si l'on considère le nombre d'épidermophytiques qui sont mariés ou qui vivent maritalement, et cette rareté s'explique mal si l'on veut faire jouer aux rapports sexuels un rôle prépondérant dans la contamination.

Cette impunité habituelle du conjoint met en évidence le rôle de la prédisposition individuelle et des causes adjuvantes : la présence du parasite, si elle est nécessaire, ne semble pas suffire à produire une épidermophytie. Les tentatives d'inoculation aux animaux et à l'homme restent le plus souvent infructueuses.

Des conditions de température et d'humidité, ainsi que des traumatismes légers, des causes d'irritation ou d'excoriation du tégument semblent jouer le rôle de causes adjuvantes. L'absence ordinaire de ces conditions favorables peut, dans une certaine mesure, rendre compte de ce fait que les surfaces planes du corps sont moins souvent atteintes que les plis. Mais lorsque, par suite de circonstances occasionnelles, ces conditions viennent à être réalisées sur la peau vague, on peut voir l'épidermophyton végéter. Ainsi, nous avons vu une large plaque se développer sur la cuisse, au niveau du point de friction d'une jambe artificielle (obs. 17), et des taches nombreuses apparaître sur le tronc sous un corset plâtré (obs. 21). Enfin, dans certains cas, pour expliquer l'extension anormale de l'éruption, on peut invoquer des troubles graves de la santé générale (obs. 20) ou le fait que l'éruption inguinale dure depuis longtemps sans traitement.

Tous les cas d'épidermophytie que nous avons observés étaient sporadiques, mais l'épidémicité a été établie par E. Fox, la thèse de L. Foutrein 20 cas à l'École de médecine navale de Bordeaux, Sabouraud 20 cas dans un collège de Paris, Thibierge 20 cas chez les étudiants en médecine du Val-de-Grâce.

VI.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

L'épidermophytie est d'un pronostic favorable; elle ne s'accompagne pas de troubles de la santé générale. Elle peut guérir spontanément sans autre médication que des soins hygiéniques, ainsi que l'a observé Foutrein.

Mais souvent, abandonnée à elle-même, elle peut acquérir un développement important, envahissant toute la région périgénito-anale, réalisant le tableau clinique dressé par Hébra et qu'il est rare d'observer actuellement.

L'absence prolongée de traitement favorise la dissémination des lésions; c'est ainsi qu'on peut voir apparaître des foyers secondaires, des taches aberrantes nombreuses et des épidermophyties profuses du tronc.

Les complications sont rares.

Nous avons vu assez souvent un léger degré de lichénisation; une seule fois nous avons observé l'eczématisation avec suintement d'une plaque ancienne qui datait de plus de 2 mois.

Jamais nous n'avons vu l'affection récidiver après guérison; cependant, d'après Foutrein, une première atteinte ne conférerait pas l'immunité.

Nous avons employé chez nos malades le traitement à l'alcool iodé préconisé par M. Sabouraud.

Il convient de frotter énergiquement, avec un pinceau dur imbibé de teinture d'iode diluée au 1/5^{e} dans l'alcool, surtout sur la périphérie des lésions, repaire habituel des parasites, et en dépassant un peu la bordure.

Les frictions étaient faites quotidiennement.

Elles peuvent déterminer une irritation passagère, surtout si les malades, dans l'espoir de hâter la guérison, multiplient les applications.

Dans les épidermophyties profuses du tronc, ayant observé une fois (obs. 19) une réaction érythémateuse consécutive au

traitement, nous avons ultérieurement employé une dilution de teinture d'iode de 1 pour 10.

Lorsque le prurit était accusé, nous prescrivions, en application le soir, la pâte mentholée de l'hôpital Saint-Louis.

Tous nos malades ainsi traités n'ont pu être suivis, car certains, en dépit de nos recommandations, ne se sont pas représentés.

Il est à présumer néanmoins, au moins pour la plupart d'entre eux, que l'affection a rétrocédé rapidement, car, dans le cas contraire, ils n'eussent pas manqué de revenir nous trouver.

Nous avons pu cependant en suivre 10, dont 7 jusqu'à complète guérison, survenue en un temps qui a varié entre 2 et 6 semaines.

Toujours nous avons noté que les taches aberrantes disparaissaient rapidement et que l'éruption inguinale était la plus tenace.

Parfois l'éruption laisse après guérison une pigmentation brunâtre, plus ou moins persistante, de la face interne des cuisses.

Dans les cas tenaces, M. Sabouraud conseille l'application d'une pommade à la chrysarobine de 1 pour 100.

Pour les épidermophyties des extrémités les plus difficiles à guérir, en particulier celle des pieds, où l'épiderme corné est très épais, le même auteur conseille, avant chaque application de teinture d'iode, de procéder à un ponçage pour décortiquer l'épiderme sous lequel végète le parasite, ou bien d'appliquer une pommade salicylée au 1/20e.

Enfin, dans les cas où le prurit est intense, il exige un traitement spécial. M. Thibierge conseille des lotions avec de l'eau de menthe ou phéniquée, ou bien des applications d'une pâte mentholée.

On peut avoir recours, si c'est nécessaire, aux effluves de haute fréquence pour venir à bout d'un prurit persistant après la guérison des lésions.

La prophylaxie, pour éviter les épidémies de « chambrée » et la contagion familiale, aussi bien que les cas sporadiques, consisterait à procéder soigneusement à la désinfection, au séchage et à l'aération du linge des épidermophytiques.

VII.

CONCLUSIONS.

L'épidermophytie, considérée il y a peu de temps comme une affection rare, a vu sa fréquence s'accroître considérablement au cours de ces dernières années. Elle apparaît actuellement comme la plus répandue des mycoses cutanées aussi bien chez les gens du peuple que dans la classe aisée. Elle a donné lieu à des épidémies localisées, mais on en observe surtout des cas sporadiques qui se montrent fréquemment chez des militaires, des voyageurs ou des hospitalisés, en raison des promiscuités auxquelles ils sont exposés.

La contamination semble s'effectuer par l'intermédiaire du linge et des draps de lit insuffisamment séchés.

La contagion par rapports sexuels, d'ailleurs exceptionnelle, paraît ressortir au même mode de contamination.

L'épidermophytie affecte avec prédilection les plis cutanés; mais elle atteint aussi les surfaces planes.

Dans les grands plis :

A côté du type clinique décrit par Hébra sous le nom d'eczéma marginatum, il existe une forme fréquente qui se présente sous l'aspect d'une plaque érythémato-lichénoïde, homogène, non marginée, souvent entourée d'un liséré squameux.

Aux extrémités :

L'épidermophytie s'observe dans les espaces interdigitaux, où elle réalise souvent le tableau clinique de la dyshidrose ou de l'eczéma intertrigo.

Sur les surfaces planes :

Les lésions aberrantes s'observent dans la majorité des cas; elles peuvent siéger au voisinage ou à distance du foyer initial et se présentent ordinairement sous l'aspect d'un eczéma séborrhéique ou d'un herpès circiné. Elles n'ont que peu de tendance à l'extension.

Il existe une forme d'épidermophytie profuse atypique du tronc qui ne rappelle en rien les signes cliniques d'une localisation dans les plis. Les lésions sont caractérisées par leur polymorphisme, leur superficialité, leur aspect effacé. Elles simulent le pityriasis circiné de Vidal, l'eczéma séborrhéique, le pityriasis rosé de Gibert, mais se distinguent de ces affections par :

Leur polymorphisme et la coexistence habituelle, mais non constante, d'une localisation dans les plis.

La présence du parasite dans les squames.

Leur disparition rapide sous l'action du traitement iodé.

Le déterminisme de ces lésions atypiques du tronc semble ressortir soit à une cause occasionnelle locale mettant le tégument de ces régions dans des conditions favorables à la végétation et à la fixation du parasite, soit à des troubles de la santé générale, soit à la persistance d'une épidermophytie des plis préexistant depuis longtemps sans traitement.

Le prurit, moins accusé chez les gens du peuple, est souvent très intense chez les nerveux et dans la classe aisée. Il peut, dans certains cas, persister après la disparition des symptômes éruptifs et nécessiter un traitement spécial.

BIBLIOGRAPHIE.

ANDERSON. — On eczema marginatum. *Brit. med. cliniq. review*, 1868, t. XLII, p. 540.

ALEXANDER. — Beitrag zür Kentnis des Ecz. marg. *Arch. f. dermat. u. syphilis.* Wien u. Leipz., 1912, t. CXIII, orig. 11-38.

BALZER. — Contribution à l'étude de l'érythème tricophytique. *Arch. de physiologie*, 1883, t. I, p. 171.

BARENSPRÜNG. — Charité. *Annalen*, 1855.

BERTI. — I tricophyton nella provinsia di Pisa. *Rivista di Igiene e sanita publica*, 1912.

BESNIER et DOYON. — Traduction et annotations de M. Kaposi. *Maladies de la peau*, 2e édition, 1891, t. II.

BLOCH. — Die tricophytien und werwandte pilzer Krankungen der Haut. *Cor. Bl. f. Schweitz, Aerzte.* Basel, 1912, t. XLII, p. 2-22.

BOYD (M. F.). — An epidemic of ringworm due to epid. ing. — *Urol. & cutan. rev. St. Louis*, 1918, t. XXII, p. 507-509.

BRAULT. — Einige interessante lokalisationen von Pilzer Krankungen (Ecz. marg.). *Dermat. Wchrischr.* Leipz. o. Hamb., 1912, t. LIV, p. 613-617.

BULKER. — De l'eczéma marginatum de Hébra. *Rev. des sciences médicales.* Hayem, t. XII, p. 363; *Arch. of dermat.*, 1881, p. 169 et 57.

CASTELLANI. — Observation on a new species of epidermophyton found in tinea cruris. Philippine J. Sc. Manila, 1910. *Ann. de dermat.*, 1911, p. 570.

CHIPMAN. — The newer cutaneous mycoses. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1913, t. LXI, p. 407-412.

DALLA FAVERA. — Sur les tricophytons de la province de Parme. *Ann. de dermat.*, 1909, p. 433.

DARIER. — Dysidrosis it's parasitic nature. *The lancet*, 27 sept. 1919.

DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau, 2e édit., 1857.

DJELALEDDIN MOUKTAR. — Tricophytie des pieds. *Ann. de dermat.*, 1892, p. 855.

Dudumi. — Beitrag zür Kenntniss des ecz. marg. *Dermat. Ztschr.* Berlin, 1913, t. XX, p. 1082-1110.

Dubois. — Quelques localisations rares des teignes de la peau glabre. *Cor. Bl. f. Schweiz. Aerzte.* Basel, 1917, t. XLVII, p. 1265-1268.

Fischer (W.). — Eine in Krankenhausern epidemish auftretende fadenpilzerkrankung der Haut (ecz. marg.). *Deutsche med. Wchrischr.* Leipz. o. Berlin, 1915, t. XLI, p. 1381, 1422.

— Uber die generalisierte form. des Ecz. marg. Berlin, Klm. Wehrischr., 1915, t. LII, p. 241.

Foutrein (L.). — Sur une épidémie de tricophytie inguinale. Th. de Bordeaux, 1895.

Fox Tilbury. — So called Ecz. marg. *Arch. of dermat.*, 1878, p. 291.

Frèche. — Tricophytie inguinale. *Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, 1897, p. 453.

Gougerot et Gancea. — Épidermomycose due à un parasite levuriforme. *Bull. soc. fr. de dermat. et syph.*, 1914-1915, p. 335.

Guy (W. H.). — Report of cases of skin diseases. *J. of cut. diseases*, april 1919.

Hardy. — Leçons sur les affections cutanées dartreuses, 1862.

Hartzell. — Eczematoïd ringworm particulary on feet and Hands Am. J. M. Sc. Phila, 1915, t. CXLIX, p. 96.

Hazlehurst. — Ecz. marginatum. *Arch. of dermat.*, janv. 1879, p. 77.

Hébra. — De l'eczéma marginatum. Handbuch der speciellen pathologie v. Therapie Virchow, vol. III, p. 31. Erlaugen, 1860. *Arch. f. dermat. u. syph.*, 1869, p. 163; *Ann. de dermat. et syph.*, 1869, nos 4 et 5.

Hudelo et Montlaur. — Épidermomycose eczématoïde par parasite du genre des levures. *Bull. soc. fr. de dermat. et syph.*, 1914-1915, t. XXV, p. 403.

Hutchinson. — Skin diseases treated at base hospital camp Pike Ark. *Journ. of cutan. diseases*, july 1919.

Lesseliers. — Eczéma marginatum rebelle, contamination conjugale. *Ann. de la Soc. de médecine de Gand*, 76e année, 3e livraison.

Kaufman-Wolf. — Zur Klassifizierung emigen dermatomycosen. *Dermat. Ztschr.* Berlin, 1915, t. XXII, p. 441.

Köbner. — Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der dermat. u. syphilologie. Erlangen, 1864, p. 41-28.

LANE. — Ringworm of the hands and feet. Boston, M. et S. J., 1916, t. CLXXIV, p. 271.

LITTLE. — Eczematoïd ringworm of the extremities and groin. *St. Mary's hosp. gaz.* Lond., 1916, t. XXII, p. 124.

MIBELLI. — Présentation de la culture de l'épidermophyton inguinale. *Giorn. ital. della malattie ven. e della pelle*, 1909, fasc. II, p. 287.

MILLER. — Ecz. marginatum. *Urol. et cutan. rev. St. Louis*, 1913, t. XVII, p. 641.

MINNE. — A propos d'une épidémie d'épidermophytie inguinale. *Journal médical de Bruxelles*, 1914, t. XIX, p. 399.

MONTGOMERY. — Ecz. marginatum of the toes J. Am. M. Ass. Chicago, 1914, t. LXII, p. 1076.

NEUMANN. — Herpès tonsurans des membres et eczéma marginé des membres inférieurs. *Wiener dermatologische gesellschaft*, 22 mai 1901.

NICOLAU. — Contribution à l'étude du soi-disant eczéma marginatum de Hébra. *Ann. de dermat. et syph.*, 1913, p. 65.

OTA. — Ober das Wesen der dyshidrosis. *Japanische Zeitschrift f. dermat. u. Urologie*, januar 1918.

ORMSBY. — Ringworm of hands and feet J. Am. M. Ass. Chicago, 1916, t. LXVII, p. 711.

PAPPAGALLO. — Epidermofizia inguinale studio clinico culturale. *Giorn. ital. del. mal. ven.* Milano, 1910, t. XLV, p. 749.

PAUTRIER. — Les localisations hors des plis de l'épidermophyton inguinale. *Ann. de dermat.*, sept. 1919.

PEDERSEN. — Diffuse ecz. marg. following bandaging. *Legeskr. f. Laeger.* Kobenh, 1916, t. LXXVIII, p. 1131.

PERRIN. — Transmissibilité de l'eczéma séborrhéique inguinal. Third internat. congress of dermat. *Transactions*, p. 724.

PHOTINOS. — Contribution à l'étude et au traitement des affections cutanées et ganglionnaires de la région inguinale crurale. Maloine, 1906, p. 51.

PICK. — Das eczema marginatum. *Arch. f. dermat. u. syph.*, 1869, p. 61; *Ann. de dermat.*, 1869, p. 327.

SABOURAUD. — Sur l'eczéma marginatum de Hébra et son parasite. *Arch. de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1907, nos 5 et 6.

— Les Teignes, 1910, p. 420 et 653.

SABOURAUD. — L'eczéma des espaces interdigitaux des pieds est le plus souvent une teigne. *Clinique Par.*, 1911, t. VI, p. 724.

— Sur l'eczéma marginatum et sa très fréquente localisation aux pieds. *Ann. de dermat.*, 1913, p. 105; *Archiv. f. dermat.*, 1912, Bd CXIII, p. 923.

— Sur l'existence d'un soi-disant eczéma des doigts et des orteils dû à l'épidermophyton inguinale. *Ann. de dermat.*, 1910, p. 289.

SCHELLENBERG. — Uber das gehaüfte auftreten von ecz. marg. in Lazaretten und bei der Truppe. München, med. Wchrischr., 1917, t. LXIV.

STRANDBERG. — A fungous disease of the hand and feet svenska läk.-sällsk. handl. stock, 1917, t. XLIII, p. 913.

SWANSON (C.). — So called marginal ecz. J. med. ass. Georgia, Augusta, 1918-1919, t. VIII, p. 172.

TAYLOR. — Note sur le traitement de l'eczéma marginatum et de la tricophytie en général. *Journ. of cut. and ven. diseases*, févr. 1884, p. 42.

THIBIERGE. — Sur l'épidermophytie inguinale. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, oct. 1919.

TEIVE. — Eczema marginado. *Boletine da sociedade brasileira de dermatologia*, 15 mars 1912, p. 62.

VALLÉ (V.). — Note su di una varieta rara di epidermofizia maculosa disseminata simulante la piteriasis rosea di Giberti. *Giornale italiano del Malattie ven. e della Pelle*, 1918, p. 166.

WAELSCH. — *Arch. f. dermat. u. syph.*, 1895, Bd XXXI, p. 49; Bd XXXVII, p. 3.

WEISS. — A case of epidermophyton infection of the scalp. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1917, t. LXIX, p. 1059.

WHITFIELD. — Somes notes on tinea circinata. *British journ. of dermat.*, févr. 1911, p. 35.

— Eczematoïd ringworm of the extremities and groin. *Ibid.*, déc. 1911, p. 375.

WINDELL. — Tricophytosis cruris inguinalis. *Urol. et cutan. rev. St. Louis*, 1915, t. XIX, p. 10.

WHITE (Ch.). — The question of epidermophyton infection. *Journ. of cutan. diseases*, août et déc. 1919.

Nogent-le-Rotrou, impr. DAUPELEY-GOUVERNEUR.